M. ȘELARU DORINA DONCIU

PERSONALITĂȚI PATOLOGICE

–studii de psihiatrie–

I

Editura „DOSOFTEI"
IAȘI, 1997

M. ŞELARU — DORINA DONCIU

PERSONALITĂŢI PATOLOGICE

STUDII DE PSIHIATRIE

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2815
Biblioteca Personală

IAŞI
1997

DE ACELAȘI AUTOR :

COMPORTAMENTUL SEXUAL ABERANT, 367 p., Edit. Moldova, Iași, 1993.

IDEI DELIRANTE ȘI DELIRURI, 325 p., Edit. Glasul Bucovinei, Iași, 1993.

ISTERIA SAU NEVROZA DE CONVERSIUNE ȘI NEVROZA DISOCIATIVĂ, 375 p., Edit. Glasul Bucovinei, Iași, 1993.

HALUCINAȚIILE, 435 p., Edit. Glasul Bucovinei, Iași, 1993.

CRIZELE EPILEPTICE, 422 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1994.

DRAMA DISCORDANȚEI PSIHICE, 260 p., Edit. Moldova, 1994.

HIPNOZA — Istoric-concepții, 251 p., Edit. Moldova, Iași, 1996.

HIPNOZA — METODE ȘI TEHNICI, 348 p., Edit. Moldova — Iași, 1996.

SCHIZOFRENIA în colaborare — 160 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1996. **SCHIZOFRENIA** — în colab. **STUDII DE PSIHIATRIE**, 226 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1996.

POLIVALENȚA CONDIȚIEI UMANE — STRUCTURI TEMPERAMENTALE — 258 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1996, în colab. cu DORINA DONCIU.

LUCRĂRI SUB REDACȚIA :

M. ȘELARU, P. BRÂNZEI — **ASISTENȚA BIO-PSIHO-SOCIALA A COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR CU DEFICIENȚE NEUROPSIHICE**, IAȘI, 620 p., 1984 (multiplicat).

P. BRÂNZEI, M. ȘELARU, — **ASISTENȚA MEDICO-PSIHO-PEDAGOGICA A COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI**, 600 p., — Iași 1984, (multiplicat).

M. ȘELARU, P. BOIȘTEANU, V. CHIRIȚA — **IN MEMORIAM**, P. Brânzei, 280 p., Edit. PSIHOMNIA, Iași, 1996.

M. ŞELARU

Profesor Clinica de Psihiatrie
Universitatea de Medicină şi Farmacie : „Gr. T. Popa" Iaşi

DORINA DONCIU

Medic primar psihiatru
Spitalul Universitar de Psihiatrie „Socola" Iaşi

PERSONALITĂŢI PATOLOGICE

(istoric, aspecte etiopatogenetice)

STUDII DE PSIHIATRIE

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2815
Biblioteca Personală

IAŞI
1997

ISBN 973—9135—41—2

CUVÎNT ÎNAINTE

Prezentarea personalităților patologice sau psihopatice, așa cum au fost denumite timp de aproape un secol, ne dăm seama că nu este o treabă deloc ușoară. În primul rând dificultățile pe care le întâmpină oricine ar fi abordat un asemenea subiect țin de abundența extremă a termonologiei utilizate în decursul timpului de către numeroșii și nu mai puțin prestigioși psihiatri care s-au preocupat de descrierea tulburărilor de personalitate. În al doilea rând, dată fiind bogăția de definiții privind personalitatea normală, ca și diversitatea conceptuală despre sfera și conținutul noțiunii de personalitate, fiecare autor a descris forme și manifestări clinice ale personalităților patologice în raport de felul în care era considerată însăși structura personalității. În al treilea rând dificultatea a venit și din felul în care au fost considerate în structura personalității comportamentele sale biologice, psihologice și sociale. Din acest punct de vedere diversele tipologii cu privire la personalitățile patologice au fost și încă sunt fie biologizante, fie psihologizante, fie în sfârșit sociologizante și ca urmare au rezultat puncte de vedere în care convergența și nonconvergența diverselor tipuri a coexistat și continuă să supraviețuiască într-o seducătoare confuzie, fericită sub aspect fenomenologic, dar nefericită sub aspectul unei satisfăcătoare sistematizări, necesar activității practice, diagnostice și respectiv de utilitate clinică imediată care se impune inevitabil psihiatrului în activitatea sa diurnă. Spunem că fenomenologic descripțiile unor tipuri diverse reprezintă un beneficiu, dacă avem în vedere că personalitatea patologică nu poate fi etichetată ca atare după un singur simptom, ci după un ansamblu de simptoame interfuncționale în mod necesar și logic structurate. În fond fiecare personalitate, normală sau patologică, reprezintă un unicat, iar manifestările sale sunt proprii și strict individuale. Sub acest aspect fenomenul individual este desigur mai bogat din punctul de vedere psihologic, decât oricare alt tip de manifestare elaborat și care fiind o sinteză a unor cazuri individuale, nu poate cuprinde decât trăsăturile generale, esențiale și care, fac abstracție de particularitățile individuale. Pe de altă parte în medicină se cunoaște că diagnosticele cele mai dificile se bazează pe evidențierea semnelor clinice mici. Este aici o contradicție între „tip" și individual care pare paradoxală și fără a fi totuși paradoxală reprezintă în fond arta medicului *de a opera cu* noțiunile științifice. *Dificultatea de abordare a studiului personalităților patologice este generată de numeroasele necunoscute privind locul, rolul, ponderea și semnificația factorului moștenit, biologic, în relație cu cel dobândit-psihosocial, în edificarea și dinamica structurii normale sau anormale (aberante) a personalității. De aici decurg diverse puncte de vedere pe cât de numeroase pe atât de ireconciliabile uneori.*

O altă dificultate — care nouă ni se pare deosebit de importantă — decurge din însăși dificultatea de definire a normalității nu numai psihice, dar și biologice, ca și a normalității sub raportul com-

portamentului social. Ceea ce este valabil pentru orice individ după care normalitatea reprezintă acea stare de bine fizică, psihică și socială, nu ni se pare că poate fi extinsă și la nivel general social și îndeosebi dacă ne raportăm la dinamica social-istorică, deoarece ceea ce era considerat normal cu câteva sute de ani în urmă nu mai este considerat ca normal astăzi. Însă chiar pentru societatea contemporană normalitatea nu are același înțeles în diversele țări sau zone geografice. De aici și dificultatea de definire a ceea ce se înțelege prin personalitate patologică și mai ales nuanțările la care este supusă aceeași noțiune în diverse regiuni sau țări ale lumii în raport cu datinile, obiceiurile, tradițiile și chiar în funcție de normativitățile juridice, morale, religioase etc., atât de diferite, cu tot efortul de internaționalizare a unor norme care să fie general admise și practicate.

Având în vedere că aberația comportamentală în societatea contemporană nu se limitează numai la comportamentul abnorm al personalităților patologice, ci și de alte persoane ce nu pot fi considerate ca psihopați, ci și de persoane anetopate, anomice, antisociale, asociale etc., este firesc ca acest comportament să fie studiat de sociologi, psihologi, juriști etc. Din această împrejurare decurge această nouă dificultate care constă în aceea că nu tot ce este sociopatie, anteopatie, anomie etc. nu se omologhează totdeauna cu noțiunea de psihopatie sau de personalitate patologică, asemenea comportamente putând fi realizate de persoane psihic normale. Este cazul delicvenței sau al crimei, individuale sau organizate, dar de aici nu urmează că toți criminalii pot fi considerați psihopați sau personalități patologice.

Pe de altă parte menționăm că un comportament aberant poate apare accidental la o personalitate nevrotică sau se poate dezvolta la un nevrotic un comportament aberant în condițiile negative de viață, după cum de asemenea, un comportament aberant poate consemna intrarea într-o boală psihică gravă (debut al unei psihoze sau al unei demențe) după cum deasemenea același comportament poate apare ca sechelă, ca fenomen rezidual al unei procesualități psihotice, aspecte care nu aparțin cadrului definit al personalității patologice (sau psihopatie cum li se mai spunea anterior). Aici ar fi de semnalat un aspect care nouă ni se pare că ar fi nimerit să se ia în considerare și anume că nici personalitatea nevrotică și nici modificările de personalitate de la debutul sau după remisiunea psihozelor, dar nici acele modificări de personalitate de la debutul demențelor sau din cadrul oligofreniilor (așa numitele oligofrenii dizarmonice), deci niciuna din aceste variante nu pot fi calificate cu termenul de personalități normale, ci dimpotrivă sunt și acestea personalități patologice, dar de un alt tip față de personalitățile patologice care au înlocuit termenul de psihopatie. De aici decurg numeroasele dificultăți teoretice și practice pe de o parte, iar pe de altă parte ni se pare că termenul de „personalitate patologică" este cu mult prea larg, fapt care nu poate să nu ducă în anumite condiții, la confuzii și în mod inevitabil la riscul psihiatrizării comportamentului uman normal sau cvasinormal.

În al optulea rând, înțelegem prin personalități patologice și acele rebuturi pe care le operează natura asupra ființei umane, rebutări care aduc la suprafață modalitățile primitive de reactivitate ideo-afectivă și de conduită, dar alături de aceste rebuturi genetice, constituționale, se adaugă masa enormă de personalități aberante, rezultat al rebută-

rilor de natură psiho-socială, a influențelor modelator-formative psiho-sociale nu numai negative, dar chiar nocive ceea ce ne determină să considerăm ca un fapt paradoxal că cel mai mare pericol pentru om și pentru echilibrul său psiho-social a devenit însuși omul și psihicul uman, dar și direcția neechilibrată în care se dezvoltă stresant în unele sectoare civilizația contemporană cu întreaga sa cascadă de poluare fizică, chimică, biologică, psihologică și spirituală, cu acțiune particular de nocivă asupra naturii și a omului în special. În acest ansamblu, și îndeosebi în condițiile crizei globale contemporane factorii generatori de comportamente abnorme, aberante, antisociale sau asociale s-au diversificat atât de mult încât se impune o atenție cu totul deosebită pentru orice specialist atunci când se abordează studiul personalității patologice sub raportul cauzelor care le determină, a mecanismelor implicate în structurarea lor dizarmonică a criteriologiei de încadrare clinică precum și a măsurilor de prevenție terapeutică și de înserarea socială optimală.

În fine adăugăm factorii de natură educativ-spirituală care practicați incorect pot duce la didoctogenii *în procesul instructiv-educativ sau la fenomene de psihopatizare a personalității ce vine dintr-o aplicare paralogic indusă hetero-sugestiv în plan spiritual. Acest din urmă aspect tinde în ultimele decenii să ia o amploare din ce în ce mai evidentă și ceea ce este și mai grav este că civilizația contemporană favorizează un recul spre forme primare de manifestare comportamentală deghizate sub haina celor mai diverse forme de cultură ce au numeroase conotații cu partea negativă a nucleului liric primar al umanității.*

Conștienți de dificultățile semnalate mai sus ca și de multe altele, încă, despre care amintim doar în cursul expunerii acestui subiect atât de vast și de complex, autorii nu și-au propus elaborarea unui studiu care să poarte nota de originalitate cu orice preț cât mai ales s-a urmărit în primul rând o sinteză necesară psihiatrilor ca și publicului larg. Pe de altă parte suntem convinși că ceea ce am realizat este doar o schițare a unora dintre aspectele problematicii atât de vaste a personalităților patologice Am considerat că este de datoria noastră să exprimăm opiniile unor iluștri psihiatri și ne-am străduit să ne ținem foarte aproape de litera și spiritul fiecărui autor și aceasta motivați de dorința de a pune la dispoziția cititorului texte cât mai apropiate de cele originale, spre a le avea la îndemână cititorul și pentru a le facilita accesul la modul de a gândi a celor mai mari dintre specialiștii în domeniul psihiatriei pe care i-am studiat, în măsura în care ne-au fost accesibili. Am riscat acest mod de expunere, în particular în al doilea volum motivați de cele de mai sus chiar dacă unii dintre cititorii noștri vor spune în sinea lor că expunerea noastră este prea aproape de litera și spiritul autorului discutat. Mărturisim că scopul nostru a fost tocmai acela de a face posibil accesul către diverșii autori, având în vedere că literatura psihiatrică de la noi este lipsită de aceste informații de bază absolut utile.

Cele ce urmează au fost redactate în general în urmă cu două decenii, fără a-și pierde actualitatea, iar ceea ce apare în prezent este completat cu o serie de date recente operându-se în același timp unele reformulări acolo unde acestea au fost necesare.

MIHAI ȘELARU

CONDUITĂ ŞI PERSONALITATE

„Dacă omul reuşeşte în adevăr, într-o măsură oarecare, să fie altăceva decât animalul, e tocmai fiindcă învinge biologia, adică depăşeşte prin ceva animalitatea".

M. RALEA

Termenul de comportament ca şi cel mai complet şi adecvat de conduită, este larg încetăţenit în literatura de specialitate ca şi în limbajul curent. În acelaşi timp termenul de comportament este viu controverasat sub aspectul conţinutului, orientării, semnificaţiei, motivaţiilor şi manifestărilor sale, ca şi în ce priveşte nivelul său de finalizare efectivă raportată la stadialitatea de dezvoltare filogenetică şi ontogenetică a organismelor. Polimorfismul manifestărilor comportamentale se înscrie pe un evantai foarte larg, pluridimensional şi plurifactorial ce se întinde de la reacţiile elementare ale organismelor unicelulare pînă la comportamentul uman cu comportamentele sale biologice şi conştient deliberative, cu mecanisme şi motivaţii primare pînă la cele deliberative ale inteligenţei umane. Deci, diverse mecanisme de realizare convergentă, integrativă sau nu, sînt implicate în actele comportamentale umane, respectiv mecanisme înnăscute umorale, endocrine, neuro-vegetative, instinctiv-afective elementare, pînă la componentele ideo-afective ale psihismului, determinînd mecanisme de declanşare sau de inhibiţie, dar şi de învăţare culturală pozitivă sau negativă, chiar şi sub raport biologic.

Dacă la nivelul lumii animale comportamentul are legităţi cauzal-funcţionale predominant biologice şi filogenetice elaborate cu o structură logică naturală de asimilare şi acomodare la mediul natural şi care condiţionează îndeosebi reacţiile adaptative primare, instinctuale ale organismelor, după modelul unor gramatici înnăscute, la nivel uman coordonatele comportamentale sînt determinate de tripla condiţionare biopsiho-socială şi spirituală pe baza unei autodiferenţieri individuale şi sociale diferită şi calitativ maturizată ontogenetic în baza unor mecanisme motivaţionale (instinctuale) în corelaţie

cu obiectivele şi fenomenele lumii obiective şi cu cele ale culturii. În funcţie de aceste coordonate şi mecanisme interne şi externe de declanşare sau suspendare a unor comportamente şi de interacţiunea lor simultană, selectivă şi integratoare, semnificaţia motivaţională are pe plan comportamental ponderi şi valenţe diverse, totodată spontane, automatice şi reflexive, cu expresie simultan bio-psiho-socială, care ţin atît de particularităţile şi modelările înnăscute, de sensul şi semnificaţia funcţional adaptativă, a capacităţii de învăţare ale fiecărei individualităţi, ca şi de modelările unor conexiuni complexe funcţionale aflate în genom şi dobîndite calitativ diferit în funcţie de influenţele modelatoare formative ale mediului social cu acţiune permanentă pe tot parcursul formării individului, a diferenţierii individualităţii şi a dezvoltării şi existenţei personalităţii.

Şi într-un caz şi în altul, actele comportamentale umane ca răspuns funcţional înăscut şi dobîndit în raport cu calitatea stimulărilor externe, reflectă dinamica relaţiilor multiple dintre natură şi cultură, dintre subiect şi mediul natural şi social, fenomene ce se desfăşoară, pe baza unor procese de analiză şi sinteză cu programare filogenetică şi prin învăţare socială calitativ diferite şi deci inegale de la un organism la altul şi a cărui determinism nu se reduce numai la condiţiile exterioare de mediu, sau numai la cele interne biologice, dar şi la capacitatea individuală a subiectului de creaţie şi, respectiv, de integrare ideo-afectivă. Comportamentul este reflectarea şi sinteza individuală unitară şi simultan concordantă şi contradictorie dintre condiţiile externe şi cele interne ale organismelor, dintre tendinţele asimilator-acomodative adaptative cu sens energetiv sau imergetiv, dominant ascendent sau descendent, pe spirala inevitabilă dintre moştenit şi dobîndit.

Pe de o parte comportamentul animal este un răspuns adaptativ la mediul natural iar condiţionarea nu este numai predominant biologică şi la fel semnificaţia motivaţiilor sale. Comportamentul uman spre deosebire de cel animal, reprezintă un răspuns acomodativ ciclic, predominant natural sau predominant social, iar instanţele sale motivaţionale, pozitive sau negative, sînt de natură şi poartă simultan atît amprentă naturală, cît şi psiho-socială şi spirituală. În această optică comportamentul uman apare ca o expresie sintetică, activă, de orientare dinamic-integrativă a trăirilor arhi- şi paleapsihice primare cît şi noogenetice, ideo-afective, mobile

și pluridimensional motivate bio-psiho-social și spiritual în raport cu normativitatea și semnificația filogenetică naturală și social-istorică, în corelație simultană și indisociabilă, cu capacitatea conștientă, intelectivă și volitiv-afectivă de orientare și adaptare situațională individuală, selectiv discriminativă și prospectivă a personalității, ca ansamblu al relațiilor simultane și indisociabile naturale, psiho-sociale și spirituale.

De aceea, manifestările comportamentale umane nu reprezintă un șir preprogramat de reacții și performanțe comportamentale înnăscute la stimulii exteriori cu acțiune nemijlocită, ci simultan și o activitate adaptativă diferențiată, generalizată, multifactorial determinată și orientată și care exprimă nuanțat în sens emergenitiv sau imergenitiv, adaptarea selectivă a personalității la parametrii dinamici modelator formativi și informativi bio-psiho-sociali, cu rezonanță pînă la nivelul structurilor moleculare, mecanisme care acționează diferențiat în funcție de stadialitatea și nivelul de dezvoltare și de realizare ideo-afectivă a personalității, de mediul în care s-a dezvoltat, de mediul social în care se află, de calitatea și semnificația relațiilor interumane pe care le realizează.

În acest mod comportamentul uman ne apare ca o activitate ideo-afectivă complexă, globală, dinamică de integrare a personalității în ansamblul său și în concordanță cu legitățile mediului natural și social pe baza unor analogii și convergențe generalizate conștient și inconștient a interrelațiilor dintre obiectele și fenomenele lumii înconjurătoare, în raport de trebuințele, tendințele și scopurile bio-psiho-sociale ale fiecărei persoane, diferențiate pe baza trăsăturilor fundamentale temperamental-caracteriale în raport cu exigențele sociale și proiectarea în funcție de stadiul și nivelul de dezvoltare a proceselor psihice ideo-afective ca și de nivelul capacităților de integrare armonioasă sau nu bio-psihologică, socială și spirituală care caracterizează fiecare persoană în parte în raporturile sale complexe în cadrul existențial natural și social.

De aceea, se pare că înțelegerea comportamentului uman este condiționată de înțelegerea determinismului filo- și ontogenetic bio-psiho-social al personalității. În acest sens, personalitatea umană nu reprezintă „o cutie neagră" în fața căreia ne interesează doar intrările și ieșirile fluxurilor informaționale. Înțelegem personalitatea, ca ansamblu structural-funcțional unitar, activ și contradictoriu în procesualitatea

sa, de trăsături relativ stabile temperamentale, caracteriale şi voliţionale, de aptitudini, trebuinţe, interese şi deprinderi, condiţionate şi motivate dinamic bio-psiho-social, trăsături care caracterizează, orientează şi definesc fiecare persoană în parte şi care se dezvoltă stadial (armonios sau nu) în decursul dezvoltării ontogenetice şi pe baza acţiunii fiecărui Subiect, în raport de exigenţele şi în funcţie de condiţiile modelator-formative şi informative ale mediului natural şi social, care imprimă particularităţi individuale calitativ diferite dinamicii proceselor înnăscute şi dobîndite de structurare şi integrare comportamentală optimală ideo-afectivă.

Personalitatea ca sistem închis şi totodată deschis influenţelor psiho-sociale, în echilibrare cu ele şi cu ea însăşi, în planul unitar de integrare ideo-afectivă, este o structură unitară de natură bio-psiho-socială, integrată organic în natură ca şi în relaţiile sociale şi prin aceasta receptivă la valorile acceptate şi practicate de mediul în care se află şi la care se adaptează prin posibilităţile sale de autocreaţie şi autodeterminare conştiente prin discernămînt ca nivel de conştiinţă, sau inconştiente, integrîndu-se în ansamblul relaţiilor naturale şi sociale a căror produs este, iar pe măsura efortu-rilor de perfecţionare se autodepăşeşte umanizîndu-şi treptat — conştient şi inconştient, constrîns şi liber — din ce în ce mai mult comportamentul.

Comportamentul uman ca expresie a personalităţii, nu-l putem însă separa de mecanismele funcţionale neuro-endocrine-umorale ale organismului şi în special de particularităţile funcţionale ale activităţii nervoase superioare în ce priveşte forţa, mobilitatea şi echilibrul proceselor cerebrale de excitaţie şi inhibiţie. Temperamentul, ca ansamblu de însuşiri înnăscute ale activităţii cerebrale reprezintă pentru personalitate componenţa strcturală care asigură acesteia tonusul dinamic-energetic de desfăşurare a proceselor psihice. Deşi temperamentul nu constituie forma superioară de control şi de exteriorizare a personalităţii, acesta constituie structura bazală a personalităţii dimpreună cu afectivitatea, stofa pe care se imprimă într-un tot unitar influenţele mediului social, fundalul pe care şi împreună cu care se edifică şi se proiectează trăsăturile caracteriale ale personalităţii cu coloratura lor afectivă particulară.

Unitatea indisociabilă natural-socială la nivel uman exprimată lapidar prin termenul de *fire* nu este o simplă enun-

tare teoretică, ci un punct de vedere metodologic absolut necesar în studiul personalității și comportamentului normal sau aberant, firea anulînd prin integrare opoziția dintre natură și cultură. Fondul biologic, ca trăsătură inițială, bazală și permanentă a personalității, dimpreună cu procesele biopsihice (arhi- și paleopsihice), nu poate fi separat în mod absolut de cel ereditar social, tot așa după cum din punct de vedere istoric nu putem separa sociogeneza de antropogeneză și de noogeneză.

Dacă din punct de vedere istoric nu putem separa acțiunea modelator-formativă și informativă a activității în procesul de socio-antropo- și noogeneză, tot astfel la nivelul proceselor comportamentale individuale nu putem separa în mod absolut componentele bio-psihologice ale personalității de influența calitativă modelator formativă și informativă a societății, atît la nivelul individului, macro- cît și microgrupului.

Particularitățile calitative ale fondului biologic nativ, integritatea sa funcțională, maturizarea optimală stadială a structurilor morfo-funcționale cerebrale, constitiue una din condițiile necesare ale dezvoltării armonioase a personalității. Calitatea structurilor morfo-funcționale cerebrale reflectante și proiectiv-anticipative, influențează asupra edificării psihismului, iar perturbarea acestor structuri poate avea consecințe nefavorabile asupra calităților nivelului de integrare ideo-afectivă ca și asupra comportamentului uman. Subliniind adevărul general recunoscut că omul devine om pe măsură, și în măsura în care devine mai social, nu trebuie să ne scape din vedere că în existența umană persistă prelungiri comportamentale care aparțin lumii animale. În structura noastră biologică continuă să fiinteze trăsături pe care le-am moștenit din evoluția filogenetică a lumii animale din care am descins. Este adevărat că omul transformînd natura înconjurătoare și-a transformat propria sa natură, dar de aici nu înseamnă că putem separa în mod absolut pe omul contemporan de omul etapelor gregare din zorii civilizației umane, deși participă la edificarea sa, își are rădăcinile sale care trec dincolo de etapele cînd omul începea să se desprindă de natură. Aceste etape nu se opresc la rădăcinile dezvoltării unor operații intelectuale preconștiente și preinteligente pe care le descoperim la antropoidele superioare, ci merg pînă la eflorescențele proceselor superioare ideo-afective.

În evoluția umană formele inferioare de comportament biologic au fost supuse treptat transformărilor și subordonate

funcțional formelor superioare, raționale de conduită și în genere riguros controlate conștient dar și inconștient totodată. Acest proces îndelungat s-a realizat pe baza moștenirii naturale în cadrul societății, a fost reglat de exigențele sociale, dar nu înafara contradicțiilor pe care le presupune unitatea dialectică dintre elementul natural și cel social pe de o parte și dintre personalitatea individului și societate în ansamblul său pe de altă parte. Rudimentele structurilor reacționale ale comportamentului animal și-au prelungit atunci și își prelungesc și astăzi existența lor în structurile personalității noastre, dar aceste forme sînt subordonate și controlate diferențiat individual de instanțele psihice superioare specific umane. Acest control specific uman s-a perfecționat în decursul istoriei pe baza evoluției societății și deci a umanizării structurilor inferioare. În cadrul personalității elementul structural biologic, este subordonat influențelor societății dar prin aceasta nu înseamnă că este și anulat. Seneca scria că : „Tot ce-i fixat și înnăscut se atenuiază prin educație, (dar) nu se înlătură". Din acest punct de vedere structura personalității este polară și contradictorie în același timp în unitatea sa ca ființă și existență firească. Există o genetică a personalității și ca atare și a comportamentului în structurile cărora se evidențiază atît etape, stadii cît și planuri diverse de organizare cu valoare diferită ca expresie comportamentală dar din această structurare genetică a personalității nu dispare genetica naturală și nici structurile logice ale viului.

Dezvoltarea ontogenetică a personalității atrage atenția asupra elementului înnăscut în structura și în structurarea sa. Este neîndoielnic faptul că repetînd filogenia în perioada primilor 3 ani de viață are loc o importantă reformulare, rezumare și restructurare a trecutului din care rezultă devoltarea structurilor morfo-funcționale cerebrale. Este important să subliniem că în această perioadă dezvoltarea psihismului infantil nu se face după mielinizarea și maturizarea structurilor cerebrale pe fondul bio-psihic înnăscut, ci se efectuează concomitent, dar și corelativ cu dezvoltarea biologică. În această perioadă, sub influența modelator-formativă a mediului social, copilul își însușește treptat modalitățile comportamentale proprii pe baza preluării active și a asimilării creative interioare a experienței umane. Condițiile biologice, psihologice și sociale sînt trei componente fundamentale diferite calitativ dar care în această Sfîntă Treime nu se pot separa din constituția, determinismul, structura și evoluția

personalității ca și al conduitei specific umane. Probatoriu în acest sens este cazul copiilor crescuți de animale cărora, lipsindu-le mediul modelator-formativ psiho-social specific uman și depășite fiind stadialitățile dezvoltării din perioada infantilo-juvenilă, în momentul în care au fost readuși în societate, psihismul specific uman nu s-a putut dezvolta cu toate eforturile metodic desfășurate în această direcție, iar comportamentul lor a rămas la nivelul celui animal, (adică la nivel de imprinting animal), în ce privește forma de manifestare, ca și a semnificației și semnificărilor motivaționale de natură predominant biologică și respectiv biopsihică. În aceste cazuri, spre deosebire de copilul normal, memoria biologică a individului, deși aceeași din punctul de vedere al speciei, operînd cu semnalele, sensurile și semnificațiile biologice și integrate la acest nivel, deci biosemantic, nu a putut oferi echipamentului biologic uman, modelul formativ și de edificare operațională a inteligenței necesară pentru dezvoltarea gîndirii și a limbajului, dată fiind absența societății umane, cu toată încărcătura universului de semnificații informaționale a culturii sale și de aici absența dezvoltării structurilor noogenetice, afective și ideative, specific umane.

În cursul perioadei de dezvoltare a personalității, elementul natural se subordonează semnalizării cu conținut psihic de natură socială pe baza limbajului și activității. În acest proces, deși mecanismele generale de reflectare, sinteză și integrare anticipativă biologică rămîn esențial aceleași și comune în notele lor generice cu cele ale animalelor superioare, (antropoide), influența modelatorie formativă și informativă (educativă) a societății este esențială atît în geneza personalității cît și în determinismul comportamental al acesteia. În acest fel concepem elementul ontogenetic, fără a-l reduce la aspectul sau exclusiv și reducționist biologic ci incluzînd în mod necesar în structurarea ca și în structurile sale funcționale elementul de influență social-cultural, de experiență umană acumulată, rezumată și interiorizată, de fiecare personalitate în parte, în mod particular, în decursul dezvoltării sale individuale ca și de societate în ansamblul său în produsele culturii în cursul existenței sale milenare. Asimilarea și integrarea culturii umane, materiale și spirituale, de fiecare individ uman reprezintă ceea ce denumim influență modelator formativă și informativă pe care o exercită societatea în geneza și evoluția personalității cu trăsăturile sale particulare ideo-afective, pe baza și în corelație ca-

litativă cu structurile bio-psihice inițiale genetic determinate. În cursul acestui proces activ de creație și autocreație umană se dezvoltă și se maturizează procesele și funcțiile psihice superioare care reflectă condițiile sociale pozitive sau negative cu toate particularitățile lor calitativ diferite de la o epocă la alta și de la un individ la altul, ca și structurile naturale, de asemenea, calitativ diferite și particulare fiecărui individ.

Din acțiunea concomitentă a acestor factori bio-psiho-sociali reflectați și integrați subiectiv și unitar, opțional sau nu, se structurează trăsăturile permanente pozitive sau negative ale personalității și pe baza interacțiunii lor putem înțelege comportamentul ca sinteză subiectivă dintre condițiile interne și externe ale fiecărui individ. Ca atare, nu paralelismul sau reducționismul de natură psiho-biologică caracterizează personalitatea umană, ci contopirea într-un tot unitar, armonios dar contradictoriu, în care trăsăturile biologice sînt subordonate proceselor psihice superioare iar comportamentul este subordonat de instanțele psihice specific umane socialului care îl reglează și pe care îl reglează societatea în urma sintezei reflectorii pe baza unor semnificații diferite de cele ale comportamentului animal, și structurilor în care rolul conștient ca și inconștient este predominant și simultan în acțiunile sale.

Conștiința de sine ca determinant dinamic fundamental al personalității este în același timp conștiința despre alții în raport cu care ne determinăm, stabilindu-ne statutul și rolul în ansamblul fenomenelor comportamentale sociale. În comportamentul uman apariția elementelor conștiente cu diversele lor nivele de integrare, introduc alături de dinamogenia tonusului vital factori noi de dinamizare sau de amînare ce țin de tonusul psiho-social, realizînd astfel diferența și unitatea specifică și de nivel superior a conduitei umane în raport cu comportamentul animal.

Deși nu identificăm fenomenele oscilatorii substanțial-energetice și informaționale din sistemele biologice cu procesele psihice ideo-afective specific umane, totuși ni se pare că trebuie să luăm în considerare existența reală a fenomenelor oscilatorii și respectiv a oscilațiilor tonalității proceselor psihice în desfășurarea lor în ceea ce privește mobilitatea, intensitatea ca și sensul și semnificațiile intercorelațiilor dintre natură și cultură, în ansamblul unității realizată de personalitate în plan ideo-afectiv. În același timp trebuie să luăm în considerare oscilațiile tonusului psihologic în cadrul acelo-

raşi parametri şi care se exprimă pe plan comportamental în limitele unui cîmp operaţional optimal, crescut sau scăzut, ca manifestare şi, de asemenea, dimensiunea şi direcţionarea sa selectiv situaţională specific umană în raport cu normele, tradiţiile şi exigenţele general admise şi practicate de societate. Ca atare, oscilaţiile comportamentului uman în limitele acestui cîmp vor avea valori atît pozitive cît şi negative dar prin aceasta nu înseamnă că în mod obligatoriu vom putea califica şi investi aceste desfăşurări fazice sau oscilaţii normale individuale cu însuşirea de anormal sau aberant, cu atît mai mult cu cît aceste reacţii nu depăşesc banda de oscilaţie normală şi sînt controlate şi dominate de om în mod riguros conştient şi sub raport valoric nu vin în contradicţie şi nu vexează normativitatea psiho-socială.

Controlul reacţiilor comportamentale, presupune intervenţia proceselor psihice voluntare şi punerea de acord cu exigenţele, normele şi valorile sociale general admise prin tradiţie sau statuate de societate. Elementul voliţional în comportament are un determinism complex care exprimă calitativ, în sensul unei integrale individuale particulare, personalitatea în manifestările sale şi aceasta nu în sensul unui voluntarism dornic de putere sau a unui presupus liber arbitru, ci în sensul suspendării, amînării sau lichidării reacţiilor negative, a comutării tendinţelor, impulsurilor sau motivaţiilor bio-psiho-sociale etc., în acţiune sau non-acţiune. Această capacitate de amînare conştientă a unei reacţii comportamentale ca răspuns direct imediat sau indirect la un impuls este o caracteristică fundamentală şi particulară a comportamentului uman. În actul de amînare motivaţia conştientă, ideativă şi afectivă, inhibă dominant cu sens ascendent alte dominante motivaţionale cu sens descendent şi de obicei contradictorii şi de cele mai multe ori de natură primară, instinctuală din determinismul polivalent al comportamentului şi a structurii personalităţii.

Şi dacă este cu mult mai bine să te frînezi cu înţelepciune încît să reacţionezi din instinct, nu mai puţin adevărat este că uneori afectele, ca şi izbucnirile emoţionale explozive, pot duce la strimtorarea cîmpului conştiinţei şi la scurtcircuitarea sa lăsînd loc de manifestare anarhică dezinhibărilor primare instinctiv-emoţionale fără ca totuşi în acelaşi timp să se producă o alterare sau abolire a discernămîntului asupra faptelor care pot fi comise şi a consecinţelor eventuale care pot decurge din acestea, îndeosebi la personalităţile pa-

tologice. De aceea, considerăm că umanizarea comportamentului biologic moştenit priveşte modalităţile interne subiective de control conştient şi amînare voluntară a izbucnirilor arhaice în dinamica oscilatorie a proceselor psihice în care voinţa şi respectiv nivelul de conştiinţă joacă un rol esenţial.

A discuta determinismul natural al comportamentului, înseamnă a lua în considerare ceea ce este moştenit în structurile biologice a personalităţii, a capacităţii naturale de a o menţine ca fiinţă în cadrul fenomenelor generale de adaptare la mediu. A discuta determinismul comportamentului uman, înseamnă, de asemenea, a lua în considerare în mod predominant, pe lîngă ceea ce aparţine ca specific natural şi influenţa în unitate concomitentă simultană şi indisociabilă şi ireductibilă a mediului social. În aceste condiţii, funcţiile adaptative unitare în structura şi desfăşurarea comportamentului se realizează nu numai cu ajutorul funcţiilor bio-psihice, dar şi a funcţiilor şi proceselor psihice superioare ale personalităţii care se adaptează atît mediului natural, dar ca fiinţă socială se adaptează predominant mediului social. De aceea, credem că esenţial în comportamentul uman este atît adaptarea inconştientă dar şi cea predominant conştientă la mediul social, păstrîndu-se simultan în acelaşi timp adaptarea la mediul natural, dar în mod indirect prin cultură, asigurîndu-se cvasi inconştient condiţia existenţei biologice, deşi asigurarea acestei condiţii în civilizaţia actuală ar trebui să apară ca dominantă pe planul conştiinţei nu numai în cazul unor situaţii cu implicaţii vitale, ci ca o conduită conştient elaborată pusă permanent în serviciul vieţii. În cursul procesului de adaptare la condiţiile mediului social şi în permanentul efort de autodepăşire, omul prin activităţile sale transformă sau mai corect perturbă prin şi nu numai prin poluare natura exterioară ca şi propria sa natură, încercînd s-o stăpînească în acelaşi timp cu riscul poluării spirituale. La acest nivel personalitatea se adaptează şi poate că mai corect spus, face eforturi de adaptare, la condiţiile contradictorii existenţiale de micro sau macrogrup, naţional şi global planetar, condiţii pe care le încorporează sau le respinge, efectuînd o permanentă echilibrare între ea şi mediu pe planul interior al subiectivităţii sale supralicitate de ritmul alert al transformărilor civilizaţiei contemporane. Elementul subiectiv conştient solicitat a opera la nivel individual ca şi global, joacă rolul esenţial în echilibrările intrapsihice şi interpsihice, ca şi în manifestările exterioare de coduită demnă existenţială. Compor-

tamentul poate fi echilibrat în planul relațiilor exterioare personalității din plan subiectiv din ce în ce mai anevoios, însă poate ajunge să nu fie echilibrat atît la nivel individual cît și colectiv. Pe plan subiectiv se pot consuma stări conflictuale, motivații contradictorii firești în desfășurarea personalității, iar în cazul că se depășește o anumită intensitate sau semnificație sau apare o defazare în raport cu ritmul de viață, toate acestea pot influența din interior în mod negativ asupra nivelului de integrare a personalității cu consecințe imprevizibile colective. La acest nivel inteligența intervine ca funcție reglatorie a comportamentului și ca trăsătură calitativă ideo-afectivă a personalității. În procesul de adaptare socială, inteligența umană își are marele său rol de analiză și sinteză operatorie, situațional-selectivă și anticipativ-prospectivă, iar pe planul echilibrului interior intervine prin înțelegerea necesității libertății în vederea autodeterminării și individualizării personalității cu reflectarea consecutivă în plan comportamental a echilibrărilor ideative și afective și nu numai în sens individual ca libertate dezmărginită și nelimitată, libertate care ar genera crize individuale și colective incalculabile.

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 2815
Biblioteca Personală

PROBLEMA TIPOLOGIEI ȘI LUMITELE SALE

Înainte de a face o expunere succintă asupra problemei clinice a psihopatiilor ne vom opri asupra unor considerente generale cu privire la problema tipologiei, justificate de faptul că „fără conceptul de tip, nu este posibil să faci muncă științifică în domeniul psihopatiei" (Petrilowitesch). Tipologia este nu numai o problemă teoretică, de ordin filozofic, ci și o problemă de practică clinică, deoarece vom întîlni o serie de cazuri care prin trăsăturile lor sînt similare între ele, ceea ce ne permite gruparea pe forme clinice. Așa cum remarcă K. Schneider, „a clasa psihopații în tipuri, înseamnă a stabili diagnostice". Kraepelin în 1896 a clasificat personalitățile psihopatice după caracterele lor predominante, ajungîndu-se la un sistem caracterologic, la o patocaracterologie sistematică.

Problemele tipologiei nu sînt noi în istoria științei, ele au apărut și s-au dezvoltat odată cu apariția și dezvoltarea gîndirii științifice. Platon atrăgea atenția asupra deosebirilor între caractere și considera că sufletul are două laturi, una superioară provenind din lumea ideilor, nemuritoare prin aceasta, și una inferioară care moare odată cu corpul. Această latură inferioară a sufletului la rîndul său se împarte în două — una mai morbidă, cealaltă mai inferioară. Se obțin în acest fel trei părți componente ale sufletului : prima parte se află în creier și servește cunoașterii iar predominarea ei conferă tipul normal de caracter ; a doua parte — latura morbidă a sufletului inferior localizată în torace este izvorul bărbăției și predominanța ei alcătuiește tipul timocratic înclinat spre luptă și caracterizat prin ambiție ; partea a treia a sufletului e constituită de a doua jumătate a sufletului inferior, e localizată în ficat și este izvorul dorințelor constituind

baza tipului oligarhic de caracter, economic și discret, dar zgîrcit și lacom.

Hipocrate influențat de filozofia materialistă greacă cu cele 4 principii ale sale care stau la baza lumii — pămîntul (solidul), apa (lichidul), focul (căldura) și aerul (frigul), pune la baza structurii corpului omenesc — sîngele (căldura), flegma (răceala), bila neagră (umiditatea), bila galbenă (uscăciunea), efectuînd astfel clasificarea tipologică a temperamentelor.

Teotrast descria, observînd societatea timpului său, tipuri de caracter ca : tipul linguşitorului, limbutului, etc., dar neutilizînd criteriul psihologic nu găsim o sistematizare în ceea ce privește tipurile de caracter.

În filozofia greacă materialistă s-a subliniat exprimarea în trăsăturile caracterului atît a trăsăturilor native ale structurii corporale, cît și influența, „amprenta", „pecetea" vieții sociale.

„Caracterele" lui Teofrast au influențat nu numai gîndirea greacă, ci și cea a evului modern. (Comenius, Saint-Simon, La Rochefoucoult, La Bruyere etc.).

Materialiștii francezi au subliniat determinarea caracterului de condițiile de mediu și de trăsăturile organismului și au acordat o mare importanță educației.

Bain (1906) urmînd pe Platon, împarte viața psihică în trei elemente : *sentimente, voință, inteligență,* din care decurg și tipurile caracteriale : *emoționale, volitionale* și *intelectuale,* dar consideră că este „imposibil să se determine caracterele în ordine, genuri, specii". Diferențele de caracter sînt determinate de gradul în care sînt dezvoltate elementele fundamentale și de infinita lor combinare, ceea ce face un număr infinit de varietăți de caracter a căror evidență nu poate fi ținută. Tratînd în mod speculativ raționalist varietățile de caracter, Bain neagă posibilitatea unei clasificări a caracterului. Teoria sa a dominat psihologia apuseană a secolului al XIX-lea și domină pozițiile fenomenologice ale psihologiei apusene ale secolului al XX-lea.

Psihologia franceză a secolului al XIX-lea a fost sub influența lui Bain în ceea ce privește teoria caracterului.

Ribot pune la baza caracterului numai sentimentul și voința, excluzînd inteligența, de unde două tipuri de caracter — senzitivii, volitivii și activii.

Senzitivii se împart în următoarele caractere : umilii, contemplativii și emoționalii.

Volitivii şi activii la rîndul lor se împart în : activi mediocri şi marii activi.

Ribot mai introduce a treia clasă — caracterele apatice cu sentimente slabe şi activism scăzut pe care-i împarte în apatici puri şi tipul cu o puternică inteligenţă. Mai deosebeşte amorfii, instabilii, pe care-i exclude din tipurile „pure".

A. Fouillé în lucrarea *„Temperamentul şi caracterul"* deosebeşte următoarele tipuri de caracter :

1. Senzitivii pe care-i împarte în :
   a) cu inteligenţă şi voinţă puţină ;
   b) cu inteligenţă puţină şi energie voluntară ;
   c) cu inteligenţă multă dar cu voinţă puţină.
2. Voluntarii se împart în cei :
   a) cu inteligenţă şi sensibilitate puţină ;
   b) cu inteligenţă puţină şi multă sensibilitate ;
   c) cu inteligenţă multă şi sensibilitate puţină.
3. Intelectualii se împart în :
   a) intelectuali exclusivi — împărţiţi în imaginativi (concreţi), abstracţi, intuitivi, deductivi ;
   b) cu sensibilitate şi cu puţină voinţă (meditativi, contemplativi, analişti) ;
   c) cu multă voinţă.

Bazată pe principiile lui Bain şi această clasificare ia în considerare inteligenţa, voinţa şi sentimentele, neglijînd influenţa mediului şi elementele temperamentale înăscute.

Fr. Queyrat luînd în considerare că firea şi deprinderile sînt elementele fundamentale ale caracterului consideră ca şi Ribot şi Fouillé caracterul ca fiind înnăscut. Pornind de la punctul de vedere după care caracterul este sinteza a trei particularităţi (facultăţi) : sensibilitatea, înclinaţia spre activitate şi inteligenţa cu predominarea unuia din ele, şi împarte caracterele în următoarele tipuri :

I. Predominarea unei facultăţi şi tendinţe va determina caractere : emoţionale, active, meditative sau intelectuale.

II. Predominarea simultană a două facultăţi va determina caractere :

— activ emoţionale sau pasionale ;
— activ meditative sau voluntare ;
— meditativ-emoţionale sau sentimentale.

III. Echilibrul cu o tonalitate diferită a celor trei facultăţi va determina caractere :

— echilibrate ;

— amorfe ;
— apatice.

IV. Exercitarea neregulată şi intermitentă a uneia sau mai multor tendinţe :
— caractere instabile ;
— caractere nehotărîte ;
— caractere contradictorii.

Deşi se încearcă o legare a temperamentului şi caracterului, legătura nu este intrinsecă ci exterioară.

Teoriile expuse mai sus oglindesc poziţiile subiectiviste, indeterministe, fenomenologice în teoria caracterului şi în tipologia caracterială, în care nu s-a înţeles unitatea particularului şi generalului, a individualului şi tipicului.

La începutul secolului al XIX-lea caracterologii s-au orientat spre predeterminarea fatală a caracterelor umane, subliniind predominarea afectivităţii, instinctelor de subordonare, agresivitatea, dominaţie şi moarte, ca forţe fundamentale care condiţionează conduita comportamentuală a omului şi societăţii.

Kretschmer, Pende, Jaensch, au acordat importanţă hotărîtoare constituţiei biologice şi structurii corpului.

Freud şi şcoala sa au acordat atenţia principală forţelor subconştiente — tendinţelor şi instinctului în determinarea caracterului, în timp ce Spranger acordă rolul preponderent domeniilor culturii şi vieţii sociale.

In felul acesta în psihopatologia şi psihologia contemporană s-au constituit trei curente principale în problemele caracterologiei : curentul constituţionalist-biologic, curentul psihanalitic şi curentul ideologic.

Kretschmer consideră constituţia că este „suma tuturor însuşirilor individuale" care se sprijină pe ereditate, „adică au rădăcini genotipice". Prin caracter, Kretschmer înţelege : „ansamblul tuturor posibilităţilor de reacţie afectivă şi voluntară a omului, aşa cum s-au format ele în cursul întregii sale vieţi. În consecinţă, ele rezultă din predispoziţiile înăscute şi din toţi factorii exogeni : influenţele somatice, educaţia psihică, mediu, urmele lăsate de evenimente".

Reamintim clasificarea lui Kretschmer în : picnic, altetic, astenic (leptosom) şi displastic. Tipului picnic îi corespunde temperamentul ciclotimic, iar celorlalte tipuri constituţionale, tipului schizotimic. Cicloidului îi este caracteristică oscilaţia între veselie şi tristeţe, iar schizotimului între hipersensibilitate şi răceală, sau cum spune Kretschmer cu pri-

vire la ritmul psihic ciclotimului îi este caracteristică „curba care oscilează între morbid și flegmatic" iar schizotimului „curba care oscilează între impetuozitate și tenacitate".

În ce privește curentul psihanalitic este reprezentat de Freud, Jung, Adler.

Freud explică caracterul omului prin tendințele instinctive, inconștiente, personalitatea fiind arena de luptă între principiul inconștient și conștient. Freud consideră ca tendință fundamentală, tendința erotică și în special erotismul sexual, este bazală, iar ulterior a prezentat ca tendință fundamentală tendința spre moarte, distrugere, sadismul.

Dintre tendințe și instincte, cel mai puternic este cel sexual. Libidoul, adică energia tendinței sexuale este izvorul activității omului, a voinței sale, iar viața psihică superioară este o suprastructurare a acestui libidou. Tendința sexuală e împinsă mereu în subconștient și neputîndu-se manifesta liber se sublimează, se comută, manifestîndu-se în diferite alte tendințe și acțiuni. Între „sinele" subconștient și „eul" conștient este o luptă continuă.

Caracterul ar fi după Freud o manifestare sublimată a tendințelor sexuale.

La copii caracterul se află în stadiul pregenital în care tendința sexuală e îndreptată asupra propriei persoane (autoerotismul) în care senzațiile și funcțiile anale se manifestă sublimate în caracterul copilului. De aici caracterul anal.

În afara tipului anal care odată cu vîrsta este refulat dar nu dispare, constituind baza homosexualității dacă se manifestă la adult, Freud distinge tipurile psihosexuale sau libidinale de caracter :

1. Tipul erotic de caracter — stăpînit de frica să nu-și piardă iubirea.
2. Tipul obsesiv caracterizat prin formula „nu Eul ci Supra-Eul" în care omul nu e strict egoist ci tinde spre realizarea unor idealuri extrapersonale (religia, filozofia).
3. Tipul narcisic — care se autoconservă exagerat, înclinat spre teamă și agresivitate exagerată ;

În afara tipurilor pure distinge tipurile mixte :

1. erotico-obsesiv ;
2. erotico-narcisic ;
3. narcisico-obsesiv.

C. G. Jung pornind ca și Freud de la conștient și inconștient ca elemente biologice ale autoconservării, nu pune la bază tendințele sexuale. Jung distinge două mecanisme opuse ale personalității : extraversiunea și introversiunea.

Dacă unul din aceste două mecanisme domină apare tipul, adică tendința obișnuită — cel de-al doilea mecanism fiind refulat trece pe plan secundar. În funcție de predominarea tendinței conștiente vom avea două tipuri fundamentale : introvertit (orientarea interesului de la obiect la subiect și spre propriile procese psihice) și extrovertit (orientarea interesului spre obiect).

Dar cum indivizii se deosebesc nu numai prin orientarea tendințelor ci și prin predominarea uneia dintre funcțiile psihice de bază : gîndirea, emoțiile, senzațiile, intuiția, vor rezulta tipurile de caracter : intelectual, emoțional, senzorial, intuitiv, fiecare la rîndul său introvertit sau extrovertit.

Ca și în cazul tendințelor și în cazul funcțiilor psihice — una din ele va fi dominantă refulînd pe celelalte și în special pe cele opuse. Funcțiile și tendințele rezultate constituie la Jung inconștientul care joacă rolul unui factor compensator, dar care, încercînd să intre în conștient, se ciocnește cu acesta, de unde ar rezulta psihoza.

Ewald pune la baza tipologiei caracterului patru calități care caracterizează etapele prelucrării neuropsihice a impresiilor :

1. impresionabilitatea,
2. capacitatea de reținere,
3. activitatea intrapsihică,
4. capacitatea pentru reacții compensatorii.

Problema tipului este deosebit de importantă pentru clinică și pune problema corelațiilor multilaterale ale determinismului personalității umane.

I. P. Pavlov referindu-se la tipul general de A.N.S. sau temperament și caracter sublinia unitatea lor : „Tipul este forma constituțională înnăscută de activitate nervoasă a animalului, adică genotipul. Întrucît însă în momentul nașterii animalele sînt supuse celor mai variate influențe ale mediului ambiant, la care trebuie să răspundă în mod inevitabil prin anumite activități, care adesea se fixează în cele din urmă pentru toată viața, activitatea nervoasă finală a animalului reprezintă un aliaj format din trăsăturile tipului și modificările condiționate de mediul extren, adică fenotipul, caracterul".

Aceste particularităţi tipice generale şi fundamentale ale activităţii nervoase superioare formează ceea ce denumim temperamentul „...tipurile reprezintă ceea ce noi numim la oameni temperamente" spunea I. P. Pavlov. În funcţie de însuşirile fundamentale ale activităţii nervoase superioare : forţa, echilibrul şi mobilitatea proceselor nervoase de excitaţie şi inhibiţie, Pavlov distingea următoarele patru tipuri fundamentale :

Intensitate	*Echilibru*	*Mobilitate*	*Temperamente hipocratice :*
1. Puternic	neechilibrat	—	coleric
2. Puternic	echilibrat	mobil	sanguin
3. Puternic	echilibrat	imobil (inert)	flegmatic
4. Slab	—	inert	melancolic.

După Pavlov temperamentul constituie „caracteristica cea mai generală a fiecărui om în parte, caracteristica fundamentală a sistemului său nervos, iar aceasta din urmă pune o anumită amprentă asupra întregii activităţi a fiecărui individ".

Din particularităţile tipurilor umane decurg particularităţile memoriei :

— memorie intuitiv-descriptivă la tipurile artistice — reţin şi reproduc uşor tablourile, imaginile ;

— memorie verbal-logică, predomină analiza şi sinteza, abstracţiile şi generalizările, reţin semnificaţiile, raportul dintre lucruri, sensul lor.

Din aceste particularităţi de tip şi memorie şi deduc şi particularităţile gîndirii — prin imagini sau prin abstracţii :

— gîndire imaginativă, concret-senzorială, cu coloratură emotivă, declanşată de situaţii concrete, etc., sau — gîndire raţională, teoretică, generalizări şi abstractizări, emotivitate legată de motive raţionale.

Aşa cum subliniază însă A. G. Kovalev şi V. N. Measiscev „...nu trebuie să considerăm că tipul de activitate nervoasă superioară determină toate particularităţile şi calităţile conduitei. Din tip nu se poate deduce nici orientarea conduitei, nici caracteristica sa normală, întrucît acestea sînt determinate de întreaga experienţă de viaţă, de educaţie în sensul larg al cuvîntului. Temperamentul, care exprimă tipul activităţii nervoase superioare, caracterizează numai particularităţile naturale ale conduitei, forţa, mobilitatea şi echi-

librarea manifestărilor neuropsihice ale personalității". De asemenea, nu se poate considera că cele patru tipuri de activitate nervoasă și de temperament pot epuiza întreaga varietate a formelor individuale de manifestare a caracterului. Tipurile „cele mai frecvente și mai nete" sînt tipurile fundamentale, iar între ele se situează formele și variațiile intermediare.

Observarea comportării pe plan exterior nu e suficientă pentru determinarea comportamentului deoarece condițiile prielnice pot masca temperamentul, tipul de sistem nervos.

Dar a determina tipurile numai după temperament este tot atît de limitat ca și clasificările psihologiei empirice, constituționale, psihanaliste etc., și aceasta deoarece nu trebuie să scăpăm din vedere faptul că personalitatea umană este determinată bio-social și istoric. Ca atare, în afara însușirilor temperamentale se impune luarea în considerare în mod simultan a însușirilor caracteriale, adică particularitățile de relație — de exprimare a tendințelor fundamentale în cadrul societății, de transformarea lor pe baza proceselor de voință în acțiune sau nonacțiune.

„Caracterizînd o persoană izolată, noi o studiem în mod amănunțit, desprinzînd tipicul, adică studiem tipul de relații, nivelul relațiilor și posibilităților funcționale, dinamica temperamentului și a emoțiilor omului, însușirile structurale tipice" spun Kovalev și Measișcev. De aceea studierea personalității pe părți reprezintă în același timp studiul ei în ansamblu. După Kovalev și Measișcev, componentele esențiale ale tipului psihologic sau caracterului sînt următoarele:

1. Relațiile oamenilor cu realitatea obiectivă.
2. Nivelul relațiilor și al dezvoltării funcționale a personalității în ansamblu și în aspectele separate ale caracterului ei.
3. Particularitățile dinamice ale caracterului.
4. Însușirile structurale ale personalității.

Pe baza acestor particularități autorii stabilesc următoarele categorii de proprietăți și variante rezultate din acestea :

A. *Relațiile*

1. Corelația dintre elementul social, colectiv — individual — personal (avînd ca extreme spiritul social și individualismul).

2. Relațiile dominante. Conținutul ideativ al omului, convingerile și concepția lui despre lume și rolul relativ al diferitelor trebuințe, interese, precum și forma caracteristică și fundamentală a activității.
3. Nivelul conceptual : conținutul de idei, gradul de convingere, principialitatea sau lipsa de principialitate, filistinismul. Corelația motivelor principale cu tendințele nemijlocite sau cu motivele utilitariste ale faptelor.
4. Nivelul și tipul dezvoltării intelectuale. Corelațiile dintre componența sa logică-abstractă și cea concret-intuitivă.
5. Posibilitățile creatoare ale omului. Productivitatea superioară, mijlocie sau inferioară.
6. Nivelul dezvoltării voluntare în corelație cu particularitățile dezvoltării intelectuale, precum și cu însușirile emotiv-temperamentale.

B. *Dinamica reactivității*

7. Particularitățile emotivității și temperamentului.

C. *Particularitățile structurale de bază*

8. Integritatea, echilibrul sau neechilibrul, contradicția, stabilitatea și instabilitatea.
9. Bogăția personalității — corelația dintre amploare și adîncime.
10. Concordanța conținutului intern cu aspectul extern al conduitei.

„Tipul de personaltate se exprimă prin legătura reciprocă dintre însușirile enumerate" (Kovalev A. G. și Measiș-cev N. M.).

În caracterizarea tipului de personalitate trebuie să luăm în considerare cîteva elemente fundamentale : temperamentul, caracterul, voința, nivelul conștiinței și legate de ele emoțiile, și în general afectivitatea în corelație indisociabilă cu nivelul, gradul dezvoltării intelectuale.

„Calitățile voinței au legătură organică și cu particularitățile temperamentului... în examinarea trăsăturilor de temperament, în corelația lor cu însușirile personalității în ansamblu, trebuie să ținem seama și de aspectul temperamental al relațiilor de aspectul temperamental al gîndirii și ac-

țiunilor, precum și de influența lui dinamică, ascunsă sub influența auto-controlului (intelectual-voluntar).

Ruperea emoțiilor de temperament în cadrul unei caracterizări integrale constituie o gravă încălcare a realității. S-a mai vorbit despre sentimente ca atitudini emotive, însă temperamentul se manifestă mai mult în timpul stărilor emotive — în dispoziții și în reacțiile emotive sau afective.

Desigur, nu se poate trece cu vederea nici faptul că nivelul dezvoltării are, de asemenea, o legătură organică cu emoțiile. Nuanțarea fină a emoțiilor, bogăția nuanțelor, caracterul lor diferențiat și conștient, reflectă nivelul general al dezvoltării. Pentru persoanele cu nivel coleric sau sanguinic este caracteristic din punct de vedere tipologic, faptul că dată fiind insuficiența controlului intelectual-voluntar, acești oameni sînt oamenii dispozițiilor, adică conduita și activitatea lor depinde de fluctuațiile tonusului emotiv.

În sfîrșit, pe plan tipologic prezintă importanță și însușirile structurale. Aici trebuie să remarcăm în conformitate cu cele spuse mai înainte, integritatea sau contradicția, echilibrul sau neechilibrul, stabilitatea sau instabilitatea, raportul între amploare și adîncime. În structura tendințelor fundamentale se diferențiază corelația dintre elementul personal și cel social, dintre motivele principale și impulsuri ; corelația dintre motivele necesității obiective (rațiunea) și impulsurile nemijlocite ale emoțiilor și temperamentului. O componentă structurală esențială este în fine, corelația motivelor „interne" cu conduita externă, fapt amintit mai sus. Această corelație include trăsături caracterologice morale cum ar fi caracterul închis sau deschis, sinceritatea, onestitatea sau fățărnicia, minciuna, dulcegăria, amabilitatea demonstrativă. În centrul acestei corelații stă concordanța dintre cuvintele și faptele omului" (Kovalev A.-G. și Measișcev V. N.).

Dacă acestea sînt unele din principiile generale în abordarea studiului personalității, pe care ne-am permis a le cita în mod integral, trebuie să facem observația că pentru clinica psihiatrică este important a sublinia circumstanțele patologice-constituționale sau nucleare, precum și cele care privesc definiția personalității umane și a comportamentelor ei, definiții legate de nevoile imediate ale practicii clinice și de un profund conținut științific. P. Brânzei definește personalitatea ca : „Ansamblul caracteristicilor temperamentale, caracteriale și voliționale ale fiecărei persoane în parte, ca rezultat

al interacțiunii dinamice dintre primul și al doilea sistem de semnalizare, determinînd atitudinea liber-conștientă față de lume și propria persoană".

* * *

Ewald pleacă de la constatarea că tonusului vital îi corespunde un echivalent psihic, tonusul psihic. Persoanele cu un tonus psihic bun au bună dispoziție, un sentiment de mulțumire și liniște. Întreaga lor viață sufletească se bazează pe sentimentul general vital, ce este expresia bunei funcționări a întregului organism. Tonusul vital este dat de intensitatea și ritmul evenimentelor psihice. Ewald dă următoarea definiție temperamentului: „posibilitatea oscilațiilor cantitative ale intensității și ritmului evenimentelor psihice, bazate pe biotonus și nuanțate de sentimentele vitale".

După Ewald temperamentul este infrastructură somatică, caracterul este suprastructură psihologică, deci numai caracterul poate fi modificat prin psihoterapie.

După Rorschach, de temperament depinde puterea de șoc a voinței, pregnanța și buna formă a reprezentărilor.

După Petrilowitsch prin temperament se înțelege „principiul dinamic al persoanei, ca latura sa de propulsiune care conține în proporții diferite: activitatea vitală, ritmul psihic, tempo-ul și forța vitală".

„Temperamentul este determinat de ereditate, iar caracterul de mediu (social, cultural). Tipurile psihopatice nu sînt altceva decît oscilații în plus sau minus ale tipului mediu. Dispoziția este determinată de către temperament.

În funcție de temperament se disting — cu oscilații în plus expansivul și hipertimicul și cu oscilații în minus — astenicul și depresivul (și combinațiile lor).

Kretschmer afirmă că temperamentul colorează toate domeniile activității psihice. Temperamentul poate fi definit ca trăsături înnăscute caracteristice fiecărui individ în parte determinate prin structură și funcție eminamente biologice, exprimate în procesele ANS ca intensitate, labilitate și echilibru a proceselor fundamentale de excitație și inhibiție. Temperamentul s-ar putea omologa cu primul sistem de semnalizare care reprezintă modalitatea de activitate primară absolută ce se desfășoară în funcție de caracterul stimulului declanșînd răspunsuri diferite. Temperament = genotip = ceea ce moștenim pe scară zoologică și care e modificat pe parcurs prin variabilitate.

Temperamentul : Ansamblul caracteristicilor înnăscute în ceea ce priveşte intensitatea, echilibrul şi mobilitatea proceselor de excitaţie care pot fi perturbate de suferinţe cerebrale diferite şi modelate pozitiv în raport cu trăsăturile dominante". (P. Brânzei).

Mounier defineşte astfel caracterul : „ansamblul condiţiilor care ne sînt date şi mai mult sau mai puţin impuse şi forţa mai mare sau mai mică cu care noi stăpînim aceste date".

Caracterul, după Dessoir (1935) este „tot ceea ce poate deveni obiectul judecăţii morale".

H. Ey dă următoarea definiţie caracterului : „fizionomia originală a individualităţii psihice".

„Caracterul : Ansamblul trăsăturilor de atitudine faţă de mediul social, diferenţiate prin educaţie pe fondul însuşirilor tipului de sistem nervos" (P. Brânzei).

Caracter = fenotip = ceea ce se realizează pe parcursul dezvoltării individului şi mai ales pe calea educaţiei (educaţia = tot complexul de măsuri prin modularea contaminativă de la gest şi atitudine pînă la cele mai complexe acte ideo-afective). Educaţia va modula, dezvolta, frena unele trăsături mai colţuroase sau incomode ale temperamentului. Uneori noţiunea de temperament se exprimă prin noţiunea de caracter şi invers.

„Temperamentul şi caracterul formează un cuplu dinamic în interrelaţie continuă cu afectivitatea, gîndirea şi voinţa, determinînd atitudinea (comportamentul) care este puternic deformat prin îmbolnăvirile psihice sau factori sociali negativi".

În psihopatie ne izbim de caracteriopatii propriu-zise. Sînt acestea vicii de educaţie sau e vorba de fenotip sau şi de fenotip şi de genotip ? S-a vorbit de insuficienţa capacităţii de frînare a pornirilor instinctiv-emoţionale. Dar aici e vorba de un proces de voinţă (nu are voinţă, bună-voinţă). Voinţa nu poate fi explicată din punct de vedere fiziologic. Ea e un produs vectorial al proceselor temperamentale, afective şi de cunoaştere.

P. Brânzei defineşte voinţa : „Capacitatea de comutare reflectorie a gîndirii în acţiune sau inacţiune în vederea realizării anumitor trebuinţe sau scopuri bio-sociale diferenţiate reflex-condiţionat prin discernămînt critic".

Voinţa se mai poate defini ca un proces de cunoaştere în acţiune deliberată sau non-acţiune.

Aceste trăsături ar încerca să ne contureze noţiunea misterioasă şi mistică de personalitate. Din noţiunea de personalitate se presupune un nivel de cunoaştere şi de reflectare la suma experienţelor de cunoaştere şi comportament a grupei din care face parte persoana.

Psihopatul se află întotdeauna manifest sau nu cu grupul său social. Psihopat poate fi categorisit de persoanele care fac parte din grupul social.

Am expus aceste definiţii pentru a sublinia pluralitatea punctelor de vedere adoptate în definiţia psihopatiei ca :

„Personalitate dizarmonică cu funcţiile de cunoaştere bine dezvoltate şi anormalităţi caracteriale (agravate în condiţii negative de mediu), caracterizate prin pervertirea sau agenezia sentimentelor moral-sociale, egofilie şi psihoplasticitate morbidă" (P. Brânzei).

Definiţia se înscrie pe linia unei tipologii nozologice psihiatrice pluripolare spre deosebire de clasificările expuse mai sus care s-au făcut de către marea majoritate a psihiatrilor pornind de la criteriile uni sau bipolare. Aşa cum subliniază Petrilowitsch „...în tipologia psihopatiei trebuie să renunţăm la modalitatea unipolară şi să încercăm aplicarea unei pluripolarităţi (Vellek)".

P. Brânzei definind personalitatea dizarmonică insistă asupra componentelor sale temperamentale şi caracteriale în strînsa lor corelaţie cu afectivitatea şi voinţa care determină, în ansamblul şi unitatea lor intercondiţionată şi interdependentă, comportamentul ideo-afectiv în toate implicaţiile sale bio-psiho-sociale. În acelaşi timp definiţia are avantajul de a rezuma unitar dezvoltarea concepţiilor despre personalitate.

„Şi mai este un amănunt care a scăpat atît tipologiei psihopatiei lui Kraepelin, cît şi lui Schneider ; amîndoi nu au făcut o diferenţiere netă între temperamentul şi caracterul anormal. Noi sîntem de părere că această diferenţiere trebuie făcută foarte riguros.

Cu toate că Wellek a arătat că, din punct de vedere al psihologiei, aşa zise normale, temperamentul este un concept inutil, noi sîntem de părerea lui Ewald că în clinică el este absolut necesar" (Petrilowitsch).

Dar concluziile la care ajunge Petrilowitsch nu caracterizează psihiatrii şcolii franceze, germane şi anglo-saxone şi nici pe psihiatrii altor şcoli.

Trebuie să subliniem că limitele tipologiei vin fie din partea pulverizării antinozologiste pe de o parte din rîndul psihiatrilor, iar pe de altă parte din rîndul psihologilor de diverse orientări în ceea ce privește caracterologia și problemele personalității. Aceste două direcții se întîlnesc pe terenul psihiatriei și de aici confuzia care se face în sensul biologizării, psihologizării sau sociologizării comportamentului uman, cu tendința de a extinde limitele psihopatiei desprinzînd-o de clinică, ceea ce duce în esență la ștergerea granițelor dintre comportamentul normal și anormal.

CU PRIVIRE LA CONCEPTUL DE NORMALITATE PSIHICA

Conceptul de sănătate mintală implică judecăți de valoare diferită de la o epocă social-economică la alta și de la o cultură la alta și a fost totdeauna marcat de concepția fundamentală despre lume de pe pozițiile căreia acest concept a fost abordat, ca și de modul în care s-a rezolvat noțiunea de normalitate psihcă în strînsă corelație cu stabilirea parametrilor normalității și responsabilității comportamentale, ideo-afective și în practica interrelațiilor și interacțiunilor cu mediul social și natural, sub raportul dinamic al proceselor de obiectivare — interiorizare, subiectivare a acestor acțiuni și relații. Circumscrise în cadrul unor asemenea parametri, noțiunea de sănătate mintală și de normalitate psiho-comportamentală se raportează la subiectul uman în dinamica dezvoltării și realizării naturii și esenței sale ca ființă activă, creatoare de valori și autocreatoare a destinului său individual și general, în cadrul existenței sociale și naturale, pe baza cunoașterii legităților lumii obiective, în raport cu care se autodetermină conștient transformînd-o, totodată, pe baza stabilirii unor relații logice, psihologice, estetice, juridice, politice, axiologice etc., în consens cu nivelul de dezvoltare social-economică și cu nivelul normativității valorice social-culturale exprimat în conștiința socială și în mod diferențiat și responsabil de către conștiința individuală.

Sănătatea în general și cea mintală în particular, este expresia sintetică a interrelațiilor adaptative dinamice ale personalității ca sistem unitar, hipercomplex și autoreglatoriu de natură bio-psiho-socială în interrelațiile și interacțiunile sale asimilator-acomodative, în raport cu condițiile externe ale mediului abiotic și biotic (biosfera), psihologic (noosfera) și social (sociosfera). De aceea, considerăm că noțiunile de sănătate și boală în general, de normalitate și anor-

malitate psihică în special, se raportează simultan la condiţiile interne biologice, psihologice şi sociale ale personalităţii în relaţiile dialectice necesare cu condiţiile externe obiective şi subiective, naturale şi psihosociale, în strînsă corelaţie cu nivelul de dezvoltare a societăţii şi în relaţie obligatorie cu nivelul de integrare ideo-afectivă şi de reactivitate neurofiziologică, toate raportate la activitate şi la nivelul de dezvoltare a tehno- şi noosferei cu influenţele lor asupra condiţiilor micro- şi macrosociale cu rol determinant în condiţionarea calitativă a nivelului vieţii, a realizării naturii umane în raport cu care se determină însăşi raporturile obiective şi subiective dintre sănătate şi boală. Din acest punct de vedere criteriile de apreciere a valorilor normalităţii, sănătăţii şi bolii sînt numeroase, obiective şi subiective, individual-concrete şi generale, cu raportare la istoria dezvoltării individuale ca şi la dezvoltarea generală social-istorică cu particularităţile sale caracteristice socio-culturale şi cu reflectare particulară asupra factorilor micro- şi macrosociali.

În această perspectivă normalitatea corespunde unor criterii diferite sub aspect biologic, psihologic şi social cu diferenţele corespunzătoare de la o epocă de dezvoltare social-istorică la alta. Limitele normalităţii sînt deosebit de fluente şi fluctuante nu numai datorită unor condiţii obiective de existenţă de la o societate la alta, de la o epocă la alta, dar şi în cadrul aceleiaşi societăţi, avînd în vedere neomogenitatea şi convenienţele sociale, diferenţele impresionante ale variabilele comportamentale individuale cît şi criteriilor valorice atît de diferite care ghidează şi determină circumscrierea, circumstanţele şi definiţiile normalului.

Pe de altă parte, nu se poate defini sănătatea numai în raport cu noţiunea de normalitate, deoarece totul s-ar reduce, în ultimă instanţă, la excluderea reciprocă a celor doi termeni şi la extinderea limitelor de nedeterminare intrinsecă şi extrinsecă a noţiunii însăşi. În aceeaşi ordine de idei, fenomenele normale şi cele patologice au aceeaşi natură deşi prin modalităţile lor de manifestare apar ca două varietăţi de fapte diferite şi totuşi apropiate între ele deşi boala nu constituie o condiţie obligatorie pentru fiinţa vie.

Este, de exemplu, normal ca celulele să se înmulţească în decursul evoluţiei ascendente, a individului şi să moară sau să le scadă randamentul în perioada de senescenţă involutivă. Acestea sînt fenomene normale însă nivelul de sănătate somatică şi psihică nu mai este acelaşi, deşi semne evi-

dente de boală nu se constată, iar pe de altă parte nu putem să asimilăm procesul de îmbătrînire, procesului morbid. Din acest punct de vedere, ceea ce este normal din punct de vedere biologic pentru copil, adolescent sau pentru adultul tînăr, nu mai este normal pentru bătrîn și invers. Este cunoscut că procesul de îmbătrînire este un fenomen normal și caracteristic, nu numai omului, ci și tuturor viețuitoarelor. Normalitatea nu se poate asimila noțiunii de sănătate în acest caz, adică avem în vedere că îmbătrînirea scade rezistența și capacitățile reactivității organismului. Este îmbătrînirea un proces util pentru organism ? Dacă se consideră involuția ca fenomen necesar care se înscrie în legitățile biologice. nu în același mod se poate considera din punctul de vedere al utilității și de aceea, credem că nu tot ceea ce este necesar este totdeauna și util.

Scăderea capacităților de asimilare și acomodare adaptativă, a capacităților de permanentă și promptă echilibrare în raport cu condițiile mediului pe care le determină senescența normală, determină nu numai un deficit de adaptare dar și o scădere a rezistenței organismului în general. Dar scăderea rezistenței organismului o determină și bolile cronice și senescența și totuși, senescența o considerăm ca un fenomen normal, cu un alt nivel de sănătate și de echilibrare care este recunoscut ca fragil, însă nu morbid, în timp ce scăderea rezistenței organismului printr-o boală cronică sau consumptivă la un adult tînăr o considerăm ca un fenomen morbid. Deci, atît în cadrul aprecierii sănătății ca și a bolii apare necesar să ne raportăm la individul concret și la diferitele sale etape de evoluție ontogenetică.

În aceeași ordine de idei, însă, apare necesară precizarea că fenomenul de senescență apare ca normal pentru societățile civilizate după vîrsta de 70 ani, în timp ce pentru societățile cu un nivel scăzut de dezvoltare și cu o rată crescută de mortalitate, bătrînii erau considerați oameni după 40 de ani. În condițiile actuale, un individ care ar apare senil la această vîrstă ar fi considerat ca un fenomen patologic, maladiv. Deci, din acest punct de vedere, a considera fenomenele normale ca și pe cele patologice sub aspectul lor social-istoric, reprezintă, în mod necesar, o obligație de ordin metodologic. Această particularitate ne atrage atenția că boala, procesul morbid, este diferit nu numai de la o epocă la alta, de la o perioadă de dezvoltare ontogenetică la alta, dar în același timp se deosebește de fenomenele fiziologice de

care ne permitem să credem că se apropie cel mai mult starea de normalitate. Este cunoscut, de exemplu, că la copil predomină, în reglările sale neurofiziologice, sistemul vagal şi că numai ulterior se realizează echilibrul între sistemul nervos simpatic şi parasimpatic (vagal). Dar această predominanţă vagală la copil este un fenomen normal, în timp ce pentru un adult apariţia fenomenelor manifeste de hipervagotonic constituie deja o perturbare funcţională subclinică sau, în alte cazuri ca de exemplu, în crizele vago-vagale, o stare de boală.

Oricît ar fi de departe de fiziologic, boala presupune totuşi afectarea într-un sens sau altul a funcţiei fiziologice şi în general, deşi nu obligatoriu, o alterare, perturbare sau schimbare a condiţiilor fiziologice ale organismului. Totuşi şi în acest caz există boli care, cu excepţia complicaţiilor pe care le pot determina, nu conduc în mod obligatoriu la perturbarea fenomenelor fiziologice, ci dimpotrivă, contribuie la întărirea echipamentului de luptă a organismului ; în această situaţie se înscriu, de exemplu, bolile febrile ale copilăriei, care determină elaborarea unei imunităţi naturale ce previn o nouă îmbolnăvire.

Se consideră, de cele mai multe ori, că generalitatea unui fenomen să fie considerată drept criteriu de referinţă pentru aprecierea normalităţii sau a nivelului sănătăţii într-o populaţie dată. Şi în acest caz pot apare numeroase aspecte de controversă din punct de vedere biologic. De exemplu, infestarea în masă cu anumite protozoare, îndeosebi la populaţiile din regiunile umede, deşi apare ca un fenomen de masă, nu poate constitui un criteriu de apreciere a normalităţii, sau a sănătăţii. Dacă ar fi aşa, atunci cei neinfestaţi care constituie o minoritate, ar trebui să fie consideraţi ca anormali sau nesănătoşi. Acelaşi raţionament cu privire la criteriul generalităţii unui fenomen se poate aplica tuturor regiunilor cu endemii cronice. De aici putem să concluzionăm că, raportîndu-ne la criteriul privind gradul de generalitate al unui fenomen pentru stabilirea normalităţii, anormalităţi, a nivelului de sănătate sau boală, poate fi considerat fie în sens pozitiv, fie în sens negativ, dar prin aceasta nu poate să constituie singur unicul criteriu de apreciere. Este cunoscut, de exemplu, că fenomenele de ateroscleroză sînt extrem de frecvente la vîrsta înaintată dar nu sînt excluse şi la copil fără a fi manifeste însă semne de boală.

Fenomenele involutive ale vaselor apar ca procese normale la vîrsta senescenței, care țin de modificările pe care le determină vîrsta înaintată, au un caracter generalizat pentru individ dar și pentru ceilalți indivizi. Ținînd de procesul de îmbătrînire, ne apar totuși ca fenomene normale, deși au un extins grad de generalitate, însă aceleași procese apar ca anormale, patologice la adultul tânăr și cu atât mai mult în cazul unui adolescent.

În cazul aterosclerozei generalizate la vîrstele înaintate, în mod obișnuit patologicul este reprezentat de complicațiile manifeste ce apar pe fondul aterosclerozei. Deși ateroscleroza nu este un fenomen normal, raportată la procesul de îmbătrînire care este un proces normal însă, ateroscleroza, dacă nu este complicată cu o suferință organică localizată sau generalizată, dacă se raportează la persoanele înaintate în vîrstă, este un fenomen normal. De aici un fenomen paradoxal, ateroscleroza poate să fie considerată un fenomen anormal la adultul tînăr, dar normal la bătrîni, deși în general se poate aprecia că echilibrul adaptiv este mai bun la persoanele mai tinere decît la cele mai în vîrstă. Este aici o tendință a normaliza patologicul care apare în judecățile diurne.

Dacă ne raportăm la un criteriu cantitativ, cel de medie statistică, și aici, atunci cînd judecăm asupra normalului și anormalului, a sănătății și a bolii, apar destule inconveniente, avînd în vedere că în mod obișnuit constantele la care se raportează un studiu sau altul cunoaște în sistemul dat numeroase variații concomitente care țin de factorii biologici, psihologici și sociali, individuali și generali, a căror relații de intercondiționare și interdependență, fac dificilă aplicarea calculului matematic al probabilităților în evaluarea precisă a acestor fenomene. Pe de altă parte, ceea ce cade în afara mediei nu este obligatoriu anormal.

Un celibatar sau o femeie trigemelară, de exemplu, nu sînt anormali, numai pentru simplu fapt că cei normali sînt cei căsătoriți și că femeile nasc în mod obișnuit cîte un singur copil. În aceeași ordine de idei, ar fi de amintit că de cele mai multe ori, ceea ce este normal nu este totdeauna în relație cu o serie de fenomene matematice distribuite cît mai ales în raport cu un sistem de valori fluctuant de la o societate la alta și de la un grup social la altul.

În modul acesta, ceea ce este normal se confundă cu norma, cu normativitatea și de aceea și criteriile care se elaborează sînt marcate de diversele atitudini de natură so-

cială. Dar așa cum observă G. Deshaies, normativitatea nu este întotdeauna proporțională cu frecvența, deoarece la cea mai mare frecvență nu corespund și cele mai bune norme și reciproc, lăsînd, bineînțeles, la o parte faptul că normalitatea în calitatea sa de concept cantitativ se definește pe baza unor criterii de natură calitativă (de bine, frumos etc.), criterii care nu aparțin ordinelor de fapte statistice și care sînt deosebit de fluente și fluctuante. Această circumstanță se leagă și de faptul că omul este, în același timp, obiect și subiect al unei lumi pe care a construit-o și pe care se străduiește s-o umanizeze din ce în ce mai mult și în care ordinea și dezordinea, necesarul și aleatorul se manifestă nu numai la nivelul ființei umane, ci și al universului său existențial totodată.

Noțiunile de sănătate și boală nu sînt, de aceea, simple abordări teoretice, ci se leagă, în același timp, și sînt implicate în acțiune constituind îndreptare pentru acțiunile medico-sociale. De aceea, conceptul de sănătate ca și cel de boală sunt generate nu numai de nivelul de cunoaștere științifică a mecanismelor normale ca și a celor de echilibrare adaptativă biologică, ci și de incidențele psiho-sociale deosebite de la o epocă la alta. Cu atît mai mult noțiunea de sănătate mintală are o determinare plurifactorială cu implicații considerabile, simultane biologice, psihologice și sociale corespunzătoare, sub aspectul considerării lor, atît din punct de vedere subiectiv și obiectiv totodată.

Din punct de vedere subiectiv omul se poate declara în planul trăirilor sale conștiente ca fiind bolnav, deși în realitate el, păstrînd un nivel calitativ optimal de integrare conștientă nu este în realitate decît obosit sau suprasolicitat. În acest caz nu numai pentru bolnav, dar și pentru medic sînt dificile de apreciat valoarea simptomelor, avînd în vedere implicațiile subiective ale acuzelor pentru bolnav, ca și subiectivitatea aprecierilor diagnostice pentru medic, așa cum se petrec de fapt lucrurile în cazul unor false diagnostice de „nevroză" și care de multe ori induc reacții negative în cîmpul conștiinței celui ce se adresează medicului cu acuze de tip iatrogen.

În aceste situații, omul subiectivizează o stare de neliniște, eventual chiar anxioasă, cu trăirile penibile ale unor incapacități fizice și psihice, cu reflectare negativă asupra nivelului de integrare și de realizare a acțiunii în plan social, ceea ce-l determină să acorde semnificații anormale ca-

pacităților sale biologice, psihologice și sociale, să se refugieze în această nouă situație penibilă, să-și abandoneze sau să diminueze capacitățile de activare conștientă a potențialităților sale reale, grevînd astfel negativ, și din plan psihic, asupra nivelului de tensiune al activităților.

Din acest punct de vedere, însăși actul medical cel mai banal, mai obișnuit, și aparent fără semnificație, poate determina din imprudență, grabă, neglijență etc., cele mai neașteptate reacții de refugiu psihogen în boală, în cazul unor personalități mai fragile, mai anxioase sau în cazul unor subiecți în stare de suprasolicitare. De aceea, aprecierea nivelului de sănătate mintală ne apare ca dificil, iar pe de altă parte, subliniem că medicul face educație sanitară și realizează psihoterapia nu numai în mod explicit, ci totodată în mod implicit prin fiecare act și prin fiecare gest, fără a mai aminti de valoarea și semnificația fiecărui cuvînt afirmat de medic.

În relație cu cele de mai sus, considerăm că medicul, ca și persoanlul medical în general trebuie să cunoască în mod profund personalitatea bolnavilor, această cunoaștere de natură psihologică fiind, după opinia noastră, tot atît de importantă ca și o desăvîrșită pregătire profesională. Considerăm că marile personalități care s-au afirmat în domeniul medicinei au fost cunoscători foarte fini ai psihicului uman.

Sînt persoane care se știu că sînt bolnave, dar nu trăiesc sentimentul bolii și nu-și însușesc statutul de bolnav, chiar dacă li se spune cu ocazia unui examen oarecare că au o boală, ca de exemplu diabet, o afecțiune pulmonară, cardiacă, digestivă etc. Totuși, în aceste situații, priza de conștiință asupra unei deficiențe începe să influențeze comportamentul psiho-social, iar subiectul în cauză își reanalizează comportamentul său actual și cel de perspectivă și aceasta, bineînțeles, în raport de capacitatea calitativă, de integrare actuală și anticipativă și de punere în acord a ceea ce este obiectiv cu trăirea corelativă reală în planul subiectiv. În cazul în care nivelul său de integrare ideo-afectivă este perturbat sau nerealizat prin lipsă de dezvoltare intelectuală, el știe că este bolnav, dar nu mai realizează în plan subiectiv faptul că este realmente bolnav și eventual chiar de o boală foarte gravă. În asemenea situații este nevoie de atitudini diferențiate din partea medicului, dar și a microgrupului apropiat bolnavului, ceea ce face ca acțiunea sa de educație să se împletească cu cea din profilaxie secundară sau terțiară.

Cu atît mai dificilă este situaţia în cazul unor psihoze în care, de obicei, şi cel mai puţin avizat dintre oamenii apropiaţi de bolnav îşi dă seama că acesta nu este normal, în timp ce pacientul nici nu se simte că este bolnav şi nici nu acceptă să fie considerat bolnav. În acest caz este profund perturbat nivelul de integrare calitativă a conştiinţei şi nu se mai realizează în mod corect şi cu discernămînt integrarea la nivelul subiectiv a informaţiilor.

O cu totul altă situaţie se petrece în cazul unor bolnavi care prezintă o maladie cu risc vital deosebit de grav, şi este posibil ca o perioadă de timp nici să nu subiectiveze starea realmente morbidă.

Din cele de mai sus considerăm că se poate desprinde concluzia că aprecierea nivelului de sănătate este nu numai o problemă medicală, ci vizează, în acelaşi timp, personalitatea fiecărui om sub raportul tuturor trăsăturilor sale biologice, psihologice şi sociale, a nivelului calitativ de integrare ideo-afectivă şi în corelaţie obligatorie cu nivelul de dezvoltare social-istorică faţă de care se realizează şi se autorealizează, determinîndu-se conştient sau nu fiecare individualitate.

De aceea, a considera că sănătatea mintală sau chiar somatică înseamnă absenţa bolii nu este atît de simplu, cu atît mai mult cu cît este dificilă de evaluat în mod net diferenţa dintre fiziologic şi procesul premorbid şi îndeosebi în domeniul sănătăţii mintale, unde se pare că se cunoaşte mai mult simptomatologia entităţilor morbide majore, dar se cunoaşte mai puţin precis comportamentul normal şi cu atît mai mult sînt extrem de numeroase confuzii în aprecierea patologicului la interferenţă cu normalitatea în raport cu abaterile în banda normalităţii şi raporturile lor cu comportamentul normal pe care, oricît de paradoxal ar apare, îl cunoaştem totuşi atît de puţin faţă de cel patologic. De aici şi numeroasele dificultăţi pe care le întîmpină mica psihiatrie (nevrozele, psihopatiile, oligofreniile de limită), care şi-au extins totuşi atît de mult domeniul în comparaţie cu psihiatria majoră (psihozele şi demenţele).

Nu este aici o justificare pentru psihiatrie, însă se cuvine să subliniem că de cele mai multe ori, boli somatice grave în faza lor de debut, de organizare patologică o au simptomele subiective de tip asteno-vegetativ predominant cu componentele lor afective şi ulterior ideative corespunzătoare ti-

pului de personalitate, particularităţilor bio-psiho-sociale ale acesteia.

Pragurile de semnificaţie ale patologicului, ale trecerilor de la normal, anormal şi morbid nu sînt atît de nete nici în cazul patologiei somatice şi cu atît mai mult în cazul patologiei mintale, în care limitele dintre normal şi patologic sînt cu mult mai puţin nete, mai puţin rigide şi cu atît mai fluctuante. Dificultatea este cu atît mai importantă, cu cît în domeniul patologiei mintale de limită acuzele sînt de natură subiectivă, simptomele sînt nespecifice şi nu se pot corela în sensul unei singularităţi de identitate fiziopatologică şi de substrat lezional. Aceasta face ca multe sindroame psihosomatice să fie considerate ca nevroze adevărate şi rejetate din domeniul lor veritabil de preocupare a medicinei generale.

În această ordine de idei, considerăm că nu este nici un domeniu de preocupare medicală în care diagnosticul de nevroză să nu poată fi afirmat cu uşurinţă, după cum nu e mai puţin adevărat, din aceleaşi motive, poate că unul din cele mai dificile diagnostice este şi cel de nevroză, iar nevroza veritabilă constituie una din cele mai chinuitoare boli. De aceea, nu se cuvine să abuzăm de acest diagnostic şi, în acest context, criteriile de prezenţă a discernămîntului, alături de criteriul etiologic şi de cel psihopatologic, ni se par că, oricît de complexe ar apare, nu sînt suficiente pentru a diferenţia ceea ce este cu adevărat patologic în sensul unei reacţii, fenomen de suprasolicitare sau demodulare subiectivă cu toate componentele vegetativ-emoţionale pe care le presupun modificările fiziopatologice în cazul unor suferinţe somatice.

De aceea, ni se pare că a considera personalitatea în ansamblul determinărilor sale unitare şi simultane, biologice, psihologice şi sociale în raportarea sa la vastul ansamblu de condiţii determinante reprezintă nu numai o necesitate de ordin metodologic, ci şi de acţiune practică în echipă complexă interdisciplinară, nu cu scopul de a psihiatriza comportamentul uman sub acţiunea inductorie a unui lider psihiatru, ci de a depsihiatriza comportamentul uman normal, antrenînd în acest sens organismele comunitare şi comunitatea socială în apărarea şi promovarea propriei sale sănătăţi mintale.

În această acţiune important este, să nu se confunde funcţiile şi simptomele, variaţiile psihice concomitente cu simptomele aberante, cu concretizările lor în plan comportamental.

Dinamismul conceptelor fundamentale în domeniul sănătății mintale nu poate fi corelat cu criteriile de apreciere asupra normalității formulate de psihiatria curativistă, ci dimpotrivă, se impune a fi corelat cu determinările social-economice, cultural-educative, cu ansamblul climatului psiho-social ca elemente fundamentale în determinarea personalității și a activităților sale în plan practic și ideo-afectiv. De aceea, considerăm că problematica sănătății mintale și rezolvărilor sale nu se află numai în interiorul disciplinei psihiatrice, din moment ce comandamentele fundamentale ale dezvoltării personalității se află în viața practică, cotidiană a societății și a fiecărei individualități în parte, conectată din ce în ce mai mult la vastul univers de determinări naturale și îndeosebi psiho-sociale.

Rolul medicului și deci al psihiatrului este de a fi în activismul său avizat, competent, care acționează în sensul necesității, formulînd opinii științifice fundamentale și supunîndu-le aprobării organelor de decizie competente. Între aceste acțiuni, inițierea educației sanitare în consens și context cu cele de cultură generală deține un rol deosebit în conștientizarea de masă a măsurilor necesare instituirii unor veritabile acțiuni de psihoprofilaxie primară.

Poate că *în acest context ar apare ca justificată psihiatria socială*, adică în sensul unei preocupări pentru apărarea și promovarea sănătății mintale a populației prin intermediul unor echipe complexe interdisciplinare ajutate în realizarea obiectivelor de un vast colectiv, capabil să mobilizeze mase importante de oameni în materializarea programelor formulate de societate privind sănătatea populației și, deci, și sănătatea mintală.

Oricît de numeroase ar fi cadrele de specialitate în psihiatrie ele nu vor reuși să acopere în mod real necesitățile apărării și promovării sănătății mintale acționînd numai din interiorul psihiatriei și aceasta pentru că problematica sănătății mintale se rezolvă în viața reală, a societății, în care psihiatrul deține rolul de eventual consilier atunci cînd este solicitat.

Sănătatea mintală își are condițiile și criteriile sale în care se raportează la ansamblul determinărilor exterioare de mediu fizic și psiho-social la care se adaptează personalitatea și în raport cu care se elaborează ansamblul său unitar de condiții interne biologice, psihologice și sociale. În acest ansamblu deosebit de vast și de complex, relațiile fiecărei indi-

vidualităţi se stabilesc pe baza unor asimilări şi acomodări adaptative în care participă personalitatea în totalitatea sa de manifestări umane concrete, constituţionale şi cîştigate psiho-sociale în unitatea lor şi în determinarea diferenţiată a structurilor personalităţii ca şi a demodulărilor sale.

Fenomenul uman considerat la nivelul individual concret nu poate fi separat în mod abstract în structuri biologice, constituţionale şi structuri psiho-sociale cîştigate, după cum nu putem separa biologicul de psihic din punct de vedere metodologic decît atunci cînd se abordează problemele gnoseologiei.

DEFINIREA PERSONALITĂȚII

Personalitatea, acel „eu" care definește individul ca unitate de sine stătătoare, care-l impune în cadrul relațiilor atît de complexe ale societății, cu tendințele lui, cu felul lui de a reacționa, de a se comporta, de a gîndi, este un fenomen extrem de complex și foarte greu de definit.

Există atît de multe aspecte ale personalității, încît putem spune că există atîtea personalități cîte ființe umane trăiesc pe pămînt.

Din punct de vedere matematic, putem considera că personalitatea este un complex de combinații de „n" caracteristici, luate cîte „n", în așa fel, încît să nu existe coincidența identității a două rezultante — a două personalități.

Nu există știință care să studieze ființa umană, fără să fie preocupată de problema personalității, condiție sine qua non a existenței biologice, morale și sociale a omului. Definirea personalității diferă deci profund, fiecare studiind personalitatea din punctul său de vedere : biologic, psihologic, social sau cultural. De aceea, personalitatea trebuie considerată dintr-o perspectivă bio-psiho-socială.

O definiție comprehensivă, care vizează aspectele principale ale personalității, o dă, de ex., P. Brânzei: „ansamblul caracteristicilor temperamentale, caracteriale și volitionale ale fiecărei persoane în parte, ca rezultat al interacțiunii dinamice dintre primul și al doilea sistem de semnalizare, determinînd atitudinea liber-conștientă față de lume și propria persoană".

Accentuînd această modalitate de înțelegere dinamică bio-psiho-socială a personalității, P. Brânzei o definește ca „expresie dinamică a interacțiunilor dintre particularitățile temperamentale (înnăscute) ale A.N.S., modulate sub influența factorilor instructivi-educativi ca particularități ale caracterului, comutate în acțiuni sau non-acțiuni deliberate — corespunză-

tor trebuințelor și motivațiilor ideo-afective față de normativitatea temporo-spațială a criteriilor sociale".

„Deci, nu putem vorbi de personalitate manifestată prin acțiuni deliberate, fără să avem în vedere cadrul social în care aceasta se manifestă. Putem deosebi două componente ale cuplului dinamic bio-social, din a cărui interacțiune rezultă personalitatea : componenta personală a individului, cu fondul ei înnăscut (temperamentul) sau cîștigat sub influența factorilor instructivi-educativi (caracterul) și componenta socială, cu normele ei de convietuire, mobile în timp și în spațiu, în funcție de relațiile sociale, economice și culturale existente ; această componentă socială își exercită acțiunea asupra individului care răspunde în mod particular mai mult sau mai puțin conform cerințelor, de unde fenomenul de *adaptare* sau *inadaptare socială.*

Pentru a înțelege procesul fiziopatologic de inadaptare socială este necesar să facem un studiu analitic al personalității și a cadrului social în care aceasta se manifestă, pentru a depista acele elemente componente anormale ce duc la dizarmonia individului.

„*Componente fundamentale ale personalității*

Componentele fundamentale ale personalității sînt :

— temperamentul,
— caracterul,
— voința.

a) *Temperamentul* este ansamblul caracteristicilor înnăscute în ceea ce privește intensitatea, echilibrul și mobilitatea proceselor de excitație și inhibiție care pot fi perturbate de suferințe cerebrale diferite și modelate pozitiv prin educație, în raport cu trăsăturile dominante.

1. Tipul slab (temperamentul melancolic, timid, nehotărît, trist).

2. Tipul tare, neechilibrat (temperament coleric-impetuos).

3. Tipul tare, echilibrat, mobil (temperament sanguinic, vioi, vesel).

4. Tipul tare, echilibrat, inert (temperament flegmatic, liniștit).

b) *Caracterul* este ansamblul trăsăturilor de atitudine față de mediul social, diferențiate prin educație, pe fondul însușirilor tipului de sistem nervos.

Temperamentul și caracterul formează un cuplu dinamic în interacțiune contnuă cu afectivitatea, gîndirea și voin-

ţa, determinînd atitudinea (comportamentul) care este puternic deformat prin îmbolnăviri psihice sau factori sociali negativi.

c) *Voinţa* este capacitatea de comutare reflectorie a gîndirii în acţiune sau inacţiune în vederea realizării anumitor trebuinţe sau scopuri bio-sociale diferenţierea reflex condiţionat prin discernămînt critic".

Perturbarea unuia sau mai multor componente ale personalităţii, duce la starea pe care noi o numim tulburare de comportament, entitate denumită (şi înţeleasă) în mod diferit, în raport cu diferitele ţări şi autori care s-au ocupat de această problemă. Alături de această denumire, se folosesc termeni ca „personalităţi patologice", „caractere anormale", „anomalii sau tulburări de caracter", „nevroze de caracter", „tulburări ale personalităţii", „personalităţi dezechilibrate", „sociopatii", „constituţii psihopatice", „personalităţi psihopatice". Acesată multitudine de denumiri, prin nesistematizarea lor poate crea confuzii. Un lucru este cert : toate privesc manifestările patologice a unuia şi aceluiaşi fenomen — personalitatea.

DEZVOLTAREA CONCEPTULUI DE PSIHOPATIE

Manifestările psihopatice în calitatea lor de *aberatio mentis* alături de cele de *alienatio mentis* au fost recunoscute de oameni şi au fost ilustrate atît în producţia artistică orală cît şi în cea scrisă din cele mai vechi timpuri.

Problema psihopatiei a devenit de o stringentă actualitate atunci când psihiatria se constituia ca disciplină medicală şi cînd condiţiile social-economice impuneau organizarea pe plan obiectiv a modalităţilor quasinormale de comportament ideo-afectiv în cadrul unei suprastructuri determinate care orienta şi coloratura specifică a principiilor metodologice.

Luînd în considerare nivelul la care ajunseseră ştiinţele biologice şi concepţiile filozofice fundamentale despre om ca şi despre psihicul uman se considera, încă în perioada lui Pinel şi Esquirol ca fundamentale, 3 facultăţi psihice: *voinţa, sentimentele* şi *inteligenţa*. Vom vedea că în 1801 Pinel descria *mania fără delir* (manie sans délire), studiu reluat de elevul său Etienne Esquirol, care descrie *„monomania instinctivă şi impulsivă"*. Din această entitate clinică va deriva în evoluţia sa conceptuală ulterioară termenul de degenerescenţă şi apoi cel de psihopatie.

Încă de la început, ceea ce a atras atenţia asupra psihopatiilor a fost o dezvoltare relativ satisfăcătoare a funcţiilor intelectuale, fără alterarea discernămîntului asupra propriei persoane şi interrelaţiilor sociale, dar cu un comportament de factură anormală din punct de vedere social şi îndeosebi moral-social, ceea ce l-a determinat pe Prichard în 1835 să eticheteze acest tip de personalitate patologică sub denumirea de *„nebunie morală"*.

De remarcat că Prichard, în lucrarea sa „Treatis on Insainity" (1835), şi-a efectuat observaţiile pe criminali în rîn-

dul cărora a observat anomaliile în ceea ce privește sentimentele etice (sentimentele față de familie și societate, sentimentele față de propria persoană etc.), hipogenezia globală afectivă coexistentă în același timp cu incapacitatea de a-și controla reacțiile primare, fapt care i-a justificat termenul amintit mai sus.

Referindu-se la noțiunea de „moral insanity" pe care o deosebea de „intellectuale insanity" (oligofenii), Prichard remarca faptul că aceasta este „...o formă de tulburare mintală constînd într-o pervertire morbidă a sentimentelor și afectelor și purtare activă în afara vreunei iluzii sau vreunei convingeri eronate imprimată înțelegerii, aceasta coexistînd uneori cu o aparență nevătămare a facultăților intelectuale", subiecții respectivi păstrînd integră „capacitatea de a discuta rezonabil" însă incapabili de a se comporta în același fel cu modul în care gîndeau.

În anul 1891 apare cartea lui Koch „Die psychopatischen Minderwertigkeiten" care introduce pentru prima dată în terminologia psihiatrică denumirea de *„psihopat"* și efectuează totodată și o primă clasificare în : „psihopat inferior" și „constituțional inferior" sau de „inferioritate psihopatică". Pentru prima dată (1900) E. Kraepelin introduce în psihiatrie termenul de *personalitate psihopatică.*

Ludwig Klages (1910) în lucrarea sa „Caracterologia" desemnează prin termenul de psihopatie o *„boală de caracter".* Acest punct de vedere bazat pe criterii psihologice este important deoarece considera psihopatia ca boală determinată de vicii de dezvoltare (*„patia"*) și o includea în procese-boală din a căror configurare se va detașa *„caracteriopatia".*

Școala germană de neuro-psihiatrie prin Kraft-Ebing și Forel atrag atenția asupra influențelor negative pe care noxele exogene (factori toxici, infecțioși, sociali) le exercită asupra personalității, atrăgînd astfel atenția și asupra etiologiei organice în determinismul etiologic al psihopatiilor.

Insuficient argumentată din punctul de vedere genetic teoria psihiatriei franceze asupra *degenerescenței* deși conținea elemente valoroase cu privire la raporturile dintre factorii somatic biogeni negativi, predominant moșteniți, ereditari, și psihopatie, teoria degenerescenței, va fi ulterior înlocuită cu teoria *constituției psihopatice* prin care se înlătură principiile predispoziției nespecifice cu o concepție originală în felul său care promova o predispoziție specifică pentru o anumită tulburare psihică. Fiecare constituție cu corelatele sale morfo-

logice şi psihologice este considerată o unitate de sine stătătoare, iar din accentuarea sau amestecul abnorm a tendinţelor şi trăsăturilor fundamentale ar apare tulburarea psihică corespunzătoare. Reprezentanţii proeminenţi ai curentului constituţionalist sînt Dupré, Fleury, Delmas şi Charpentier în Franţa şi Birnbaum şi Kretschmer în Germania. Pe de altă parte Lenz în Rusia şi Patrige în S.U.A. accentuează că la originea tulburărilor de personalitate se află condiţiile negative de mediu social de unde şi denumirea de sociopatie.

Kretschmer, definind constituţia, sublinia că aceasta reprezintă „totalitatea caracteristicilor individuale pe bază genotipică, adică cele care derivă din ereditate" noi precizând că aceste caracteristici individuale genotipice sînt somatice şi biopsihice, totodată. Intuind insuficienţa argumentelor biologice şi fragilitatea bazelor psihologice care ar caracteriza fiecare constituţie Hamburger (1912), Kraepelin (1915), Richard (1925), Bleuler (1936), Bumke (1939), elaborează diverse clasificări, ale personalităţilor patologice, avînd ca punct de plecare argumentele empirice de natură clinică în care criteriile biologice, psihologice sau sociologice se împletesc în mod evident deşi această intricare nu era sistematic evidenţiată conceptual.

În 1900 Moebius preia din terminologia psihiatriei franceze termenul de *„Degenerare"* şi încearcă în spiritul acestei concepţii o explicare a datelor de psihopatologie clinică. În acelaşi timp, Moebius face observaţia importantă că *„Psihopatul constituie o varietate morbidă a normalităţii"*, punct de vedere care va fi întîlnit ulterior în concepţia lui K. Schneider.

Apar deasemenea în psihiatria franceză termeni ca *folie raisonnante* şi *folie lucide*, care într-un anume fel şi sub o altă formulare ne amintesc de opiniile lui Pinel şi ale lui Esquirol.

Pornind de la punctele de vedere biologice evidenţiate de prezenţa *„stigmatelor degenerative"* Benedict Morel (1809—1873), postulează în cadrul teoriei generale despre degenerescenţă, conceptul de „nebunie a degeneraţilor" care reprezintă în acelaşi timp bazele ereditare degenerative ale tulburărilor comportamentale de tip psihopatic. În acest sens Magnan (1893) şi apoi Legrain dau o strălucită descriere clinică a *„degeneratului superior"* subliniind că la aceşti bolnavi facultăţile superioare ale spiritului ating o mare dezvoltare şi ajung chiar genii, însă „...bizareriile multiple de adaptare a acestor facultăţi relevă în acelaşi timp o veritabilă dezordine func-

ţională" şi că, deşi aceste persoane au capacitatea şi elementele necesare pentru a deveni o fiinţă ponderată, totuşi nu pot realiza o unitate între gîndire şi actul comportamental, ajungând de multe ori — în faţa tribunalelor, prezentînd „...un contrast permanent între valoarea reală a aptitudinilor native şi incapacitatea nu mai puţin originală de a le folosi". ceea ce determină implicaţiile judiciare sau sociale negative.

Pe linia concepţiei despre degenerescenţă, cu toate exagerările ei se înscrie *„Antropologia criminală"* a lui Cesare Lombroso (1836—1909) în Italia, care a formulat noţiunea de „criminal înnăscut".

Ceea ce s-a menţionat mai sus cu privire la psihiatria franceză care a adoptat termenii de „folie morale", „folie raisonante" sau de „folie lucide (delires des acts)" şi ulterior teoria „degeneratului superior" sau teoria lombrosiană a „criminalului înnăscut", toate se raportează în mod esenţial la noţiunea de „moral insanity" a lui Prichard şi pentru care ulterior s-a creat noţiunea de „psihopat antisocial" sau de „personalitate antisocială". Ceea ce se cuvine să subliniem cu privire la termenii de mai sus este că în primul rînd grupa „psihopaţilor antisociali" nu este unitară din punctul de vedere a trăsăturilor şi criteriilor psihopatologice de încadrare dacă avem în vedere că în această grupă sînt cuprinşi psihopaţi schizoizi, paranoizi, epileptoizi, impulsivi, instabili etc. În al doilea rînd, după opinia noastră nu există în nici o formă clinică de psihopatie cazuri care să nu vină, mai devreme sau mai tîrziu, mai diminuate sau mai ample şi respectiv mai intense manifestările antisociale, conflictul de intensitate diferită cu normele de convieţuire socială. Studiul longitudinal, al dinamicei psihopatiilor susţine punctul de vedere exprimat de noi. Pe de altă parte acceptarea psihopatului antisocial ca diagnostic psihiatric are o fundamentare predominant sociologică, iar din acest punct de vedere criteriile sociologice nu sînt numai axiologice, dar şi religioase, politice, ideologice, etc., ceea ce creiază pentru psihiatru şi îndeosebi în caz de expertiză medico-legală dificultăţi cu consecinţe negative asupra imaginii sale, fie că aceste consecinţe sociale sînt imediate sau îndepărtate. Dar aspra acestei forme *clinice de* „psihopatie antisocială" sau de „personalitate antisocială" vom reveni în capitolul privind criteriile de formulare a diagnosticului de psihopatie.

Totuşi, asupra a ceea ce trebuie înţeles prin termenul de *„personalitate psihopatică"* au existat şi există şi astăzi nu-

meroase confuzii, deoarece există şi astăzi discuţii asupra conţinutului şi sferei noţiunii de personalitate, şi deci asupra a ceea ce trebuie să înţelegem prin noţiunea de personalitate şi, respectiv, care dintre trăsăturile psihice trebuiesc incluse în noţiunea de personalitate.

În structura personalităţii intră *particularităţile funcţionale constituţionale* aşa cum au fost definite de Kretschmer şi prin care se înţelege acel ansamblu de caracteristici somatice şi biopsihice primare, genetic determinate. O altă trăsătură şi totodată componentă a personalităţii este reprezentată de *temperament* care reprezintă acea parte a psihismului care, prin direcţia umorală, se află în corelaţie cu structura corporală", sau temperamentul este ansamblul trăsăturilor înnăscute de reactivitate ale sistemului nervos central şi care sînt expresia interrelaţiilor funcţionale dintre procesele de excitaţie şi inhibiţie cerebrală sub raportul lor de intensitate, echilibru şi mobilitate, temperamentul avînd relaţii cu procesele senzitivo-sensoriale şi neuro-vegetative, endocrino-umorale şi metabolice, precum şi cu procesele superioare neuropsihice reprezentînd în acest mod placa turnantă ce realizează integrarea funcţiilor somato-psihice (arhi şi paleopsihice) cu activitatea nervoasă superioară, impregnînd şi conferind coloratura specifică fiecărui proces psihic în parte şi psihismului în ansamblul său, temperamentul putînd fi modelat prin educaţie şi perturbat prin suferinţe somatice sau cerebrale de natură predominant exogenă, endogenă sau exo-endogenă. *Caracterul* — altă trăsătură a personalităţii — este după Kretschurer „...totalitatea posibilităţilor reacţionale afective şi voliţionale ale unui individ, aşa cum au apărut ele în cursul dezvoltării existenţei sale... pornind de la constituţia sa ereditară şi de la ansamblul factorilor exogeni, influenţe somatice, educaţie psihică, mediul şi urmele evenimentelor trăite".

Menţionăm că temperamentul şi caracterul se constituie ca o unitate indisociabilă şi ireductibilă temperamental — caracterială şi care-şi pune amprenta particulară pe modul de reactivitate bio-psiho-socială a personalităţii. Prin urmare, după opinia noastră cînd vorbim de personalităţi patologice se pare ca necesară abordarea din punctul de vedere a structurilor sale şi a căror determinism este de natură bio-psiho-socială.

Ulterior, Willimans şi Gruhle (1935), considerau că funcţiile intelectuale trebuiesc incluse în noţiunea de personali-

tate, ceea ce ar însemna, după concepţia acestor autori, că defectivităţile mintale predominant intelectuale, respectiv oligofreniile dizarmonice comportamental ar fi o formă de psihopatie.

S-a căzut totuşi de acord ca funcţiilor intelectuale să nu li se acorde rolul preponderent sau să nu fie luate în considerare atunci cînd se abordează definiţia şi delimitarea cadrului nozologic al psihopatiilor, iar noţiunea de personalitate să se axeze, sau să se restrîngă în cadrul proceselor afective şi voliţionale considerate în ansamblul lor unitar şi îndeosebi relaţional, cunoscînd că psihopatiile sau respectiv personalităţile patologice prezintă o relativ bună dezvoltare a funcţiilor psihice superioare, noogenetice.

Clinica însă a demonstrat, aşa cum subliniază W. Mayer-Gross şi colab. că atunci cînd se abordează persoana bolnavă, trebuie să avem în vedere nu numai calităţile afective şi voliţionale, ci şi pe cele intelectuale, sociale, culturale şi spirituale, adăugăm noi, deoarece în manifestările psihopatice ca şi în cele nevrotice tulburările emoţionale de exemplu îmbracă aproape aceleaşi forme de manifestare atît la omul cu înalte calităţi intelectuale, cît şi la defectivul intelectual, ceea ce a dus la constatarea că în cazul entităţilor clinice menţionate, temperamentul şi intelectul prezintă din punctul de vedere al manifestărilor lor, cantitative şi calitative, o relativă independenţă. De aici s-a ajuns la concluzia necesităţii unor descrieri distincte ale tulburărilor din sfera afectivă ca şi a celor din sfera intelectuală. În acest sens noi considerăm că trebuie să acceptăm parţial concepţia lui Bleuler despre psihic, care efectua distincţia proceselor intelectuale (senzaţie, percepţie, reprezentare, gîndire) de procesele afective (sentimente, emoţii, instincte, voinţă).

Separarea aceasta de natură metodologică, izvorîtă din nevoile clinicii, deşi avantajoasă pentru practica medicală, a avut însă şi unele consecinţe negative.

Exceptînd utilitatea acestei distincţii în descrierea şi clasificarea clinică a oligofreniilor, şi în deosebirea lor de nevroze, psihopatii ca şi de alte tulburări psihice, studiul variaţiilor calitative şi cantitative ale proceselor de cunoaştere (intelectuale) a devenit treptat domeniul electiv de activitate a psihologiei experimentale — care ulterior s-a detaşat de clinică — cu scopul de a stabili scalele normalităţii intelectuale.

În ceea ce priveşte procesele afective ale personalităţii studiul lor a revenit psihologiei medicale, care a dat o des-

criere a acestora în termenii patologiei medicale și prin prizma unei alte optici în ceea ce privește concepția de bază (W. Mayer-Gross), privind afectivitatea în general, îndeosebi după lucrările de neurofiziologie ale lui Cannon.

Acestea au făcut ca pe planul preocupărilor unitare pînă atunci despre psihopatie să se creeze o separare între cele două domenii de cercetare care vizează în fond un obiectiv unitar în ansamblul său — personalitatea umană, normală și patologică.

Fie că se acceptă sau nu că inteligența ca și conștiința fac parte integrantă din personalitate, acestea trebuiesc totuși luate în considerație în cadrul psihopatiei atît din motivele de ordin teoretic nivelul de conștiință și, respectiv, discernămîntul, deosebind psihopatiile de psihoze și inteligența, gradul ei de dezvoltare, mai ales din necesitățile clinice, de a deosebi psihopatia de oligofrenii. Pe de altă parte, considerarea inteligenței ca o componentă a personalității este necesară analizei clinice în însăși intimitatea manifestărilor psihopatologice calitative ale sistemului psihic dizarmonic structurat în ansamblul personalității psihopatice.

Recunoscînd „radicalii constanți" (H. Binder) ce caracterizează personalitatea de-a lungul existenței sale, ca particularități centrale, nucleare, mai mult sau mai puțin evidente, vom avea totuși în vedere că în cazul psihopatiei, deviațiile polare ale cuplului temperamental-caracterial și în special insuficiența maturativă afectivă însoțită de labilitățile particulare instinctiv-emoționale se află în discordanță dizarmonică structural-funcțională manifestă în raport cu potențialitățile intelective relativ bine dezvoltate ale acestor personalități, dacă le privim din punct de vedere al unei medii statistice, deși în unele cazuri se pot observa fie unele deficite de analiză și sinteză de tipul aparent al unei pseudodebilități mintale de limită superioară destul de dificil sesizabilă după cum de asemenea, nu sînt excluse tot la aceste personalități dezvoltările intelective superioare sau chiar excepționale.

În psihiatria germană, plecînd de la punctul de vedere a lui Klages despre caracteriopatie, se reia concepția sa de către Stutte și Strumpfel, care aplicată la studiul personalității se accentuiază asupra diferențelor dintre personalitate și caracter. În acest sens Stutte consideră că trăsăturile caracteriale au o mare constanță, deși relativă totuși în raport cu personalitatea și care după Strumpfel ar fi cu mult mai

frecvent supusă modificărilor. De aici şi considerarea psihopatiei drept o caracteriopatie, fapt care se va repeta şi în concepţia altor autori germani, iar în psihiatria franceză va apare acelaşi concept, dar nu cu denumirea de caracteriopatie numai, ci şi de „*milieuses*". Aceste orientări, care ţin de peste un secol, nu lipsesc nici acum în psihiatria contemporană.

Deşi se discută dacă în criteriologia delimitării clinice a psihopatiilor este sau nu necesar punctul de vedere axiologic, totuşi în psihiatria americană Miller consideră psihopaţii ca fiind caracterizaţi prin „...absenţa primară a conştiinţei morale" în timp ce Storer îi califică drept „tulburători" termen fără gen proxim şi diferenţă specifică în relaţii cu bolile psihice, după cum aceleaşi considerente se aplică şi denumirii de „paraziţi sociali" utilizate de B. Karpman. Pornind de la aceleaşi principii etice, Karpman consideră că psihopatiile în care predomină hipogenezia pînă la agenezia sentimentelor moral-sociale sînt psihopaţii idiopatice, şi de aceia le denumeşte cu termenul de *anetopatie*, înlocuind cu acesta denumirea de psihopatie şi tot după acest autor ar fi şi *psihopatiile simptomatice*, rezultat al unor suferinţe cerebrale sau viscero-umorale. Problema care se pune din punct de vedere etic este deci aceea a diferenţei specifice dintre psihopatiile idiopatice (anetopatii) şi cele simptomatice, dacă avem în vedere că anetopatia este prezentă, aşa cum o demonstrează realitatea clinică şi într-un caz şi în altul.

Dawidsen la rîndul său plecînd de la constatarea reală a unei imaturităţi corticale la psihopaţi, avînd în vedere prezenţa unei insuficiente dezvoltări a structurilor afective superioare (corticale) denumeşte psihopatiile drept „oligotimii", termen care nu este prea îndepărtat de cel de „moral insanity" a lui Prichard (1835).

Considerînd psihicul ca un sistem ierarhic structurat, cu interdeterminările sale particulare, ceea ce se constată evident în cazul psihopatiei, ca trăsătură fundamentală, este tocmai această dizarmonie structurativă contradictorie a totalităţii elementelor componente ale sistemului psihic, manifestată prin perturbarea armonizării sferelor instinctiv-emoţionale, voliţionale şi relaţionale care în prezenţa unei dezvoltări intelective satisfăcătoare şi a discernămîntului critic păstrat, se manifestă aberant totuşi la solicitările ambianţei şi îndeosebi în condiţii negative de viaţă, cu distorsionări ale

semnificațiilor solicitărilor de mediu, cu dezvoltarea unei reactivități nefirești, care vine în contradicție, uneori brutal flagrantă, în raport cu normativitatea elementară a conștiinței sociale. Preocupați de descifrarea dezacordului episodic sau cronic, dar permanent contradictoriu și dizarmonic, dintre elementele structurative ale unei conștiințe de sine particulare, dar în divorț cu conștiința normativității sociale, o serie de autori au încercat cele mai diverse explicații. Încercînd să aprofundeze cauzele dezacordului și disarmoniei funcționale dintre diferitele elemente ale sistemului psihic caracteristic psihopatiei, Petrilowtsch, referindu-se la inteligență, subliniază totuși că aceasta este și trebuie să fie implicată în discuția clinică ori de cîte ori ne raportăm la manifestările comportamentului social al psihopatului. „În ultima instanță inteligența se dovedește a fi importantă în cazul psihopatiei numai în ce privește destinul bolnavului. În funcție de inteligența sa, individul va evolua într-un sens sau altul, fără ca esența lui psihopatică să se modifice... Psihopatul este incapabil să colaboreze și cu inteligența sa, (pe care o are sau nu) la înfăptuirea armonioasă a personalității sale".

Petrilowitsch nu se referă în asemenea situație nici la particularitățile de eficiență și la nivel de inteligență și nici la cuantumul de cunoștințe acumulate ci la „gradul de cultivare" (Bildung) și respectiv la „gradul în care un individ se dovedește „a fi" adaptat anumitor circumstanțe semnificative și ontologice ale trăirilor sale, „a avea" un eu structurat armonic, ... o cultivare echilibrată a tuturor funcțiilor ; ... și ceea ce contează în acest context este măsura în care cunoștințele înmagazinate servesc finalității ontologice a individului... măsură în care ele îi îmbogățesc personalitatea... măsura în care aceasta (inteligența) are sau nu, capacitatea de a colabora la modelarea persoanei". Ceea ce nouă ni se parte important în cazul psihopatiei de subliniat nu este aspectul deficitar al inteligenței din punct de vedere cognitiv sau capacitativ — aptitudinal în organizarea activității mintale de a înțelege și stabili relații între obiectele și fenomenele lumii înconjurătoare, cît mai ales este de subliniat deficitul inteligenței de a organiza, interpreta și stabili comportamentul de subiectivare corectă în sistemele relaționale de obiectivare-subiectivare adecvată lumii a propriei persoane, în relațiile cu sine și cu lumea.

Considerăm că psihopatul în acest proces de integrare sintetică a comportamentului este deficitar din punctul de

vedere al inteligenței operaționale, în dezacord cu tensiunile sale motivaționale, voliționale și instinctiv-emoționale-elementare, și care perturbă — îndeosebi valențele sale sociale în sensul elaborării și selectării unor decizii optime și în rezolvarea satisfăcătoare a unor situații conflictogene și evident conflictuale. Vom înțelege deci că raportată la ansamblul personalității psihopatice inteligența, fără a-și pierde calitățile sale reflexiv-cognitive, se dovedește deficitară operațional în ceea ce privește organizarea echilibrului structurilor cognitive și afective ca și a fluidității proceselor operaționale de realizare a reversibilității structurilor ierarhice la nivelele reflexive impuse de normativitatea socială. Subminate de reactivitatea abnormă , structurile subjacente arhi- și paleopsihice bazale, fundamentale ale pernosalității, inteligența în cazul psihopatiilor, chiar cu un coeficient ce depășește media, se dovedește a fi deficitară în ceea ce privește organizarea operațiunilor de reversibilitate a inteligenței, ca și a restructurărilor sale dinamice care să se opună automatismelor și configurațiilor primare din genomul structurilor personalității și, respectiv, din însăși structurile inteligenței. Din cauza defectibilităților bazelor genetice de structurare a eului și a inteligenței însăși sub raport calitativ, a perturbărilor temperamental-caracteriale și a structurilor și disfuncționalităților afective și instinctiv-emoționale, psihopatul nu *se poate folosi inteligent de inteligența sa* iar prin deficitul conștiinței de sine *nu poate trage concluziile semnificativ și obiectiv corespunzătoare unui nivel superior de existență valorică* din punctul de vedere al inteligenței sociale și a normelor sale morale. Dacă ar fi să ne exprimăm sintetic, am afirma că structurile psihologice ale inteligenței psihopatice ar avea toate șansele să fie folosite în mod inteligent dacă componentele sale subjacente nu i-ar perturba emergentiv și aberant nivelele superioare de integrare operațională, impunându-i restructurări în sensul dominării automatismelor în procesele de asimilare și acomodare adaptativă și care nu se acordă opțional, ci dimpotrivă, vin în divorț flagrant cu normativitatea socială, înfrîngînd în același timp capacitățile volitive de a-și spori randamentul printr-un permanent efort de antrenament în depășirea dificultăților ridicate în calea suspendării sau amânării unor conduite primar motivate.

Avînd toate atributele inteligenței umane, *ceea ce lipsește inteligenței psihopatice este tocmai dimensiunea valorică socială*, divorțul dintre inteligența reflexivă și conștiința de sine

care înțelege egofil normativitatea socială, dar n-o poate realiza grație incapacității corelative funcționale a componentelor sistemului psihic al personalității care nu-i conferă posibilitatea de amînare a reacțiilor instinctiv-emoționale și de evitare a restructurărilor și reversibilităților de nivel inferior, conduce la diminuări calitative ale eficienței adaptării individuale inclusiv din punctul de vedere etic.

Din punctul de vedere expus, aderăm la opinia lui E. W. Anderson care nu este de acord să confere aspectelor etico-morale un rol important în etiopatogeneza psihopatiilor. Menționăm că factorul etico-moral, prezent în toate formele clinice de psihopatie, nu reprezintă un factor cauzal ci un rezultat, un epifenomen particular nu numai pentru structurile de personalitate psihopatică sau psihopatiformă, dar și pentru alte tulburări psihice. Ne exprimăm opinia că pentru procesele de interiorizare în sensul asimilării și acomodării adaptative opționale, necunoscutele ce influențează negativ structurările dizarmonice ale personalității psihopatice au o configurație polietiologică biologică, psihologică și social-spirituală în unitatea lor indisolubilă, indestructibilă și ireductibilă, în ansamblul acestei constelații dominînd etiologic unul dintre factorii menționați, în mod diferențiat de la o personalitate psihopatică la alta în ce privește structurarea sa disarmonică.

Organizarea dominantă cu sens negativ, descendent, inclusiv axiologic a personalității psihopatice pe schemele bazale, primare ale sistemului psihic, cu constituirea abnormă a unor modele fragile de asimilare și acomodare adaptativă, acestea toate, determină din interior deficiența totală structurativă dizarmonică nu numai pe ansamblu ci și în detaliile interfuncționale ale sistemului psihic. După opinia noastră, aceasta ar fi cauza pentru care o serie de autori consideră că existența unei imaginații hipertrofiate, care evident că se constată la psihopați, ar împiedica subiectivarea corectă a realului, ca și o adecvată obiectivare a propriei subiectivități, ceea ce ar avea ca efect perturbarea procesului de mulare a persoanei pe datele realității imediate, prin incapacitatea funciară de intercomunicare optimală, ceea ce are drept consecință imediată pierderea simțului realului și bineînțeles utilizarea ineficientă și inoportună din punctul de vedere al asimilării și acomodării adaptative a potențialului intelectual satisfăcător sau chiar superior de care dispune în mod real personalitatea psihopatică. Acest mecanism ce vine dinspre structurarea diz-

armonică a unei conștiințe de sine hipertrofiată egocentric și autofil, fie și numai din punctul de vedere al imaginației, al percepției de sine, etc., toate acestea vor perturba emiterea judecăților de valoare prin incapacitatea subiectivă aberantă de a utiliza datele inteligenței reflexive care reverberează disproporționat, distorsionat, interiorizînd neadecvat realitatea pe linia afectiv-emoțională dominantă a eului autofil în raport cu realitatea umană.

De aceea, considerăm că inteligența se cuvine a fi luată în considerare în abordarea clinică a studiului personalităților psihopatice nu numai pentru necesitățile de a diferenția psihopatia de oligofrenii, dar și de demențe (la debut) cît și pentru a înțelege mai profund atît sub raport emergetiv cît și imergentiv structurarea dizarmonică și ca atare, respectiv. mai adecvat realității, însăși esența dizarmoniilor personalității psihopatice.

Considerată din punctul de vedere cantitativ, adică a gradelor sale de împlinire, inteligența se cuvine a fi luată totuși în considerație în studiul ca și în practica psihiatrică în scopul diferențierii psihopatiilor de oligofrenii, demențe, ca și de deteriorările intelectuale ce pot surveni consecutiv unor suferințe psihoorganice care duc la deteriorări ale nivelului funcțiilor și proceselor intelectuale etc. În studiul personalităților psihopatice inteligența și, în genere, funcțiile intelectuale, apar calitativ dizarmonic structurate în ceea ce privește relațiile interfuncționale, realizarea și orientarea dominantelor intelective, și a conținutului proceselor psihice. Amintim că inteligența deși funcțional se opune instinctului, totuși ea este o prelungire a acestuia, iar perturbările și dominantele instinctuale, emoționale, etc., nu mai permit inteligenței să diferențieze, să discrimineze, să disocieze conjuncturile, să se opună automatismelor, să stăvilească tendințele instinctive și afective primare, ca și reacțiile motrice reflexe, spontane și oarbe, să instituie fenomenele de inhibiție, așteptare, amînare sau refulare etc. Sub acest aspect operațional inteligența psihopatului este tot atît de dizarmonică, la fel ca și ansamblul general al dizarmoniei psihice a personalităților psihopatice.

A doua cauză care a generat numeroase confuzii în ceea ce privește delimitarea nozografică a psihopatiei de nevroze și psihoze, a constituit-o concepția școlii lui Adolf Meyer, care considera că între aceste entități clinice și în special între psihopatii și nevroze există o unitate, acestea fiind concepute ca diferite părți ale unui spectru psihiatric unic care merge de

la o extremă la alta printr-o gradație infinitezimală. În cadrul concepției psihobiologice promovată de școala lui A. Meyer, individul reprezintă o astfel de unitate psiho-biologică, iar anormalitatea sau procesul morbid (psihoza) nu ar reprezenta nimic altceva decît o reacție a acestei personalități unitare la anumite elemente din mediul ambiant, dezvoltarea personalității însăși fiind înțeleasă drept consecința unui șir de reacții la forțele de acțiune ale mediului ambiant, în care rolul factorilor endogeni și deci ereditari, deși acceptați, li s-a acordat o importanță și atenție redusă.

Drept consecință a acestei concepții a fost anularea pe plan teoretic a principiului nosologic, iar pe planul practicii clinice (diagnostice și prognostice) a dus la lipsa unei ierarhizări simptomatologice și sindromatice necesare psihiatrului, atît pentru practica imediată cît și pentru rezolvarea unor probleme teoretice de imediată sau de mai îndepărtată rezolvare operativă cu viză proiectiv-anticipativă.

În ceea ce privește terapeutica, această concepție psihologică în care elementul „reacție" ocupă un rol atît de important, a condus la preocupările de psihoterapie „aici și acum" al cărei rol a fost uneori supraestimat, sau chiar supralicitat în ce privește reabilitarea socială și, ca urmare, a stimulat cercetările privind rolul factorilor sociali și psihologici în determinismul comportamental uman normal și patologic. Această din urmă preocupare, preponderent psihoterapeutică, a avut o influență desigur pozitivă, dar, din refericire a neglijat în terapeutică, așa cum se întîmplă în abordările unilaterale, rolul metodelor biologice și fizice, în terapeutica și respectiv în asistența bolilor psihice.

În această atmosferă, intervine în discuție școala freudiană, pentru care personalitatea nevrotică, psihopatică sau psihotică reprezintă o deviere de la linia normală a dezvoltării psihologice care își are originea în perioada copilăriei, ca urmare a proceselor de fixare a libidoului în stadiile anale sau orale, precoce sau tardive.

Deosebirea în ceea ce privește fixarea apare vizibilă în cazul personalității psihopatice, această fixare nu se manifestă cronic, ci izbucnește furtunos în cazul psihozei și mai atenuat în nevroze.

Prin aceste formulări se exprimă în fond un punct de vedere biologic, mai corect spus biologizant, care vrea să atragă atenția asupra unor anormalități constituționale de-

compensate în fragilitatea lor prin acțiunea unor factori psihologici negativi de mediu psiho-social. Pentru psihanaliză însă, cu toate acestea „...personalitatea psihopatică devine un concept de mică valoare practică, o îngrămădire de diverse stări ale căror componente izolate pot să fie mult mai mult înrudite cu tipurile nevrotice sau psihotice ale constituției". (W. Mayer-Gross).

Așa cum precizează E. Kahn cu privire la concepția psihanalitică despre psihopatii trebuie să admitem că : „Față de contribuția psihanalizei la problema psihopatiei trebuie să luăm o poziție critică. Chiar și dacă nu ne putem lipsi de contribuțiile esențiale ale lui Frend (refulare, inconștient, proiectare, fixare) nu este mai puțin adevărat că mulți din factorii pe care psihanaliza îi crede cauzali, patogenetici, nu sînt decît factori patoplastici, care determină conținutul unei psihopatii, dar care nu o generează".

Alfred Adler, pe de altă parte, referindu-se la psihanaliză spunea, așa cum nota Kahn, că „fizica este dominantă de cauzalitate, psihicul de finalitate". Adler negînd ereditatea împărtășea convingerea că în structurarea personalității psihopatice cea mai mare pondere cauzală o are mediul social.

Ni se pare pe de altă parte de o particulară importanță punctul de vedere al lui E. Kahn care referindu-se la studiul psihopatiei consemna că : „...*în cazul psihopatiei avem de a face cu analiza întregii structuri a persoanei, fără de care analiză nu putem pune diagnosticul de psihopatie și nici nu înțelegem nimic din ea*" (subl. ns. — M.Ș.).

De aceea E. Kahn definește psihopatia — ca manifestare globală din punct de vedere cauzal și finalist, precizînd că : „...*psihopatul este o persoană care se caracterizează pe latura sa cauzală prin ciudățenii cantitative ale instinctelor, temperamentului și caracterului și care în activitatea sa intenționată și cu scop este legată de aprecierea valorii personale și a oamenilor prin anomaliile sale cantitative*".

Abordarea psihanalitică a studiului psihopatiilor se face simțită, mai ales în psihiatria anglo-saxonă și franceză și în mod special în psihiatria americană. După diversele concepte și clasificări elaborate după criteriile freudiene sau neofreudiene de libido-refulare, conflict, regresiune, etc., psihopatia este considerată și tratată ca o varietate de nevroză cu trăsături particulare și anume, ca o *nevroză de caracter*, în care numai fațada exterioară, comportamentală ar avea trăsăturile manifestărilor psihopatice, cu specificarea că acest tip de ne-

vroză nu este, sub raport terapeutic, accesibilă psihoterapiei. Acesta este şi punctul de vedere al lui J. Kavka după care psihopatul este acea persoană la care se înregistrează eşecul psihoterapeutic. Aceeaşi opinie o are şi L. Michaux.

Problema relaţiei dintre psihopatie şi psihoză a ocupat un loc important de asemenea în dezbaterile etiologice şi, în mod particular în şcoala germană de psihiatrie. Kraepelin consideră psihopatia ca o formă frustă de psihoză, o hipopsihoză sau subpsihoză sau ca o personalitate care a deviat de la linia normală a dezvoltării ca urmare a unor factori ereditari sau a acţiunii unor factori cu acţiune nocivă de natură organică sau din mediul înconjurător.

Kraepelin, deşi nu elaborează capitolul psihopatiilor la acelaşi nivel cu celelalte capitole ale psihiatriei de care s-a ocupat în mod strălucit, le-a realizat, totuşi şi reţinem ca fundamentale indicaţiile sale privind faptul că trebuiesc deosebite psihopatiile de nevroze cu numeroasele lor componente vegetativ-somatice, precum şi de psihogenii ca reacţii abnorme la factorii traumatici de natură exogenă. Nu trebuie să ne scape de asemenea din vedere faptul că tot la Kraepelin găsim referiri şi indicaţii cu privire la forma clinică de *psihopaţi antisociali* (ca şi cum celelalte forme clinice nu ar avea manifestări antisociale !) ceea ce lasă deschisă problema unor interpretări sociologizante şi, respectiv, clivează unitatea criteriilor clinice de clasificare psihopatologică şi după aceste criterii a psihopatiilor. Kahn (1928) face deosebirea între personalităţile psihopatice *„episodice"*, *„periodice"* şi *„permanente"* pe de o parte şi *dezvoltările psihopatice* care pot apare ca rezultat al unui proces morbid sau al unei reacţii anormale între individ şi mediul ambiant.

Kahn clasifică psihopatiile şi le defineşte aşa cum s-a văzut mai sus după trăsăturile *temperamentale, caracteriale* şi *instinctive* distingînd în ultima grupă psihopaţi *impulsivi, cu tendinţe slăbite şi tendinţe sexuale.*

Psihopatul nu putem să-l distingem după unicul criteriu, cel al vieţii instinctive, deşi în structura intrapsihică, instinctualitatea nestăpânită face parte din manifestările psihopatologice ale psihopatiei : impulsivitatea, furtul, fuga, mania, avariţia, zgîrcenia, cleptomania, dromomania, denaturările instinctului sexual fac de asemenea parte din semiologia psihopatiilor, simptome acordate într-un ansamblu sistematic care alcătuiesc „sindromul" psihopatic. Ceea ce surprinde în structura dizarmonică psihopatică este tocmai

această predominare a structurilor psihice primare în comportamentul acestor personalităţi, patologice, defectivităţi care coexistă cu insuficienta capacitate frenatorie a voinţei de a le suspenda, amîna sau anula cîmpul lor de acţiune sau de a diminua intensitatea lor abnormă de manifestare.

K. Jaspers face pentru prima dată distincţia netă între noţiunea de dezvoltare a personalităţii şi procesul morbid. Cazul dezvoltării personalităţii pe linia psihopatică sau în afara ei, Jaspers o concepe ca o succesiune de modificări care nu ţin seama de vîrstă şi este strîns legată de reacţii normale la stări conflictogene cu o neîntreruptă tranziţie între normalitate şi structurare psihopatică. În ce priveşte modificările personalităţii determinate de un proces morbid (psihoza) acestea se manifestă ca ceva nou incomprehensibil şi ciudat, care nu poate fi redus la ceea ce se cunoştea despre personalitate, vîrstă şi diferitele sale condiţii de viaţă.

Kretschmer introducînd biotipologia sa descrie stadii de trecere graduală între schizotimi, schizoizi şi schizofreni, dar observă că nu poate realiza o distincţie calitativ netă, între modificările personalităţii determinate de evenimentele obişnuite ale vieţii sau de cele ocazionate de boală. Kretschmer consideră că dezvoltarea se poate face fie sub forma unei curbe lente, fie sub formă de accese sau a unei crize bruşte, ca de exemplu în perioada critică a pubertăţii etc.

Ulterior, şi mai ales în învăţămîntul clinic psihiatric german, s-a acordat o mare importanţă conceptelor de dezvoltare şi de proces, precum şi delimitărilor clinice a simptomelor care vin fie din dezvoltare, fie dintr-un proces, subliniindu-se criteriul „pătrunderii" simptomelor sau a ceea ce s-a numit cu un alt termen, „*exopatie*".

S-a reuşit astfel să se considere că atît comportamentul psihopatic cît şi cel nevrotic derivă din cel normal, se deosebeşte de el doar prin gradul său calitativ de explimare şi de aceea nu putem să-l considerăm decît ca o deformare a psihologiei normale. În acest sens, K. Schneider scria că : „...toate proprietăţile psihopatice sînt exagerări ale proprietăţilor individuale normale". Această afirmaţie este corectă şi de aceea se consideră că nu se pot trage linii de demarcaţie între normal şi patologic pe de o parte şi între o reacţie psihopatică şi o reacţie nevrotică pe de altă parte (W. Mayer-Gross). Corectitudinea afirmaţiei stă în picioare atîta timp cît ne raportăm la structura psihică, dacă o raportăm la cauzele biologice şi sociale atunci afirmaţia nu-şi păstrează decît în parte valabilitatea.

Descriindu-se psihoza ca un proces s-au făcut paşi importanţi în ceea ce priveşte delimitarea acesteia de psihopatii şi nevroze precum şi dintre reacţii, dezvoltări şi psihoze, graţie evidenţierii simptomelor nucleare ale psihozelor. În acelaşi timp s-au îmbogăţit palierele criteriologice de clasificare clinică pe care le-au luat în considerare psihiatrii în recunoaşterea şi delimitarea stărilor defective, inclusiv psihopatiforme post-psihotice. În acest mod clarificîndu-se simptomele şi sechelele unor afecţiuni de natură endo- sau exogenă ori prin asocierea factorilor endo-exogeni la bolnavii la care aceste simptome se intricau cu reacţiile nevrotice, s-a făcut un pas important în direcţia preciziei diagnosticului în funcţie de criteriul comprehensibilităţii sau noncomprehensibilităţii, permiţînd astfel o ierarhizare a modificărilor psihice de natură structurală cît şi a celor care reprezintă şi sînt expresia unei reacţii a personalităţii la acţiunea unor factori perturbatori din ambianţa externă şi internă cu acţiune destructurantă sau structurantă psihopatoplastică.

În această perioadă a fost posibilă considerarea nivelelor de acţiune sau reacţiune, prin analiza structurală a lui Birnbaum şi prin diagnosticul multidimensional al lui Kretschmer.

Delmas (1932) elaborează teoria constituţională după care psihopatiile sînt congenitale şi ca atare înnăscute, şi prin urmare permanente şi fixe. La ideea de psihopatic se adaugă aceea de endogenitate şi, respectiv, de fatalitate. Spre deosebire de teoria degenerescenţei, teoria lui Delmas aparent nu mai admite posibilitatea cauzelor exogene, cu riscul enorm din punct de vedere logic de a se contrazice. Constituţiile psihopatice sînt variaţii cantitative ale dispoziţiilor normale, ceea ce evident, că din punct de vedere conceptual se află pe aceleaşi coordonate cu formularea lui K. Schneider.

La rîndul său K. Schneider, adept al teoriei constituţionaliste consideră, aşa cum s-a văzut mai sus, sub raport psihopatologic, că personalităţile psihopatice sînt anomalii constituţionale de caracter ce derivă din personalitatea normală prin variaţii cantitative. Personalităţile psihopatice sînt definite de autorul german ca personalităţi anormale care suferă datorită anormalităţii lor sau care fac şi pe alţii să sufere, definiţie care este repetată, prin preluare ca un leit motiv de cei mai mulţi psihiatri şi la ora actuală.

K. Schneider este de părere că pentru clasificarea psihopatiilor nu se poate adopta punctul de vedere sociologic sau

axiologic şi de aceea clasificarea sa se face în mod necesar şi exclusiv după principii biologic-temperamentale şi caracterial-voliţionale, iar introducerea formelor clinice de psihopaţi anankasţi (obsedaţi) şi psihopaţi astenici au avut drept consecinţă neînţelegerea, ştergerea sau confundarea unor limite dintre nevroze şi psihopatii.

În psihiatria clasică rusă, Vişnevski şi Behterev abordează studiul psihopatiilor în atmosfera organicistă a începutului de secol şi în consens cu orientarea conceptuală europeană din acel moment istoric, admiţînd în geneza psihopatiilor rolul predominant al leziunilor organice ale sistemului nervos central. Acest punct de vedere, al unei microorganicităţi s-a impus în mod tradiţional în psihiatria marilor centre clinice din Moscova, Sankt-Petersburg, Kiev, etc.

Ganuşkin, Gurevici, Snejnevski, Ghiliarovski, Popov, Kerbikov etc., au avut, în ceea ce priveşte abordarea psihopatiilor o orientare conformă cu şcoala germană. Ganuşkin sublinia totuşi că unii psihiatri consideră anumite psihopatii drept procese secunde, latente — aşa-numitele schizofrenii şi epilepsii latente după opinia sa. În acelaşi timp însă *P. B. Ganuşkin atrăgea atenţia asupra faptului că pot exista în mod neîndoielnic unele combinaţii în care procesul să evolueze pe terenul unei anomalii constituţionale, a căror etiologie nu este pe deplin elucidată.* Totodată, Ganuşkin sublinia că deşi în mod obişnuit opunem psihopatiile considerate ca stări staţionare, psihozelor considerate ca procese sau stări procesuale, ca şi variantelor extreme ale normalului şi ca atare nu trebuie să uităm că însăşi statica psihopatiilor este convenţională şi prin urmare relativă, ca reducîndu-se la păstrarea unei anumite unităţi a personalităţii pe fondul căreia se desfăşoară sigur o dinamică particulară fiecărei individualităţi cunoscînd îndeosebi faptul că psihopaţii prin vulnerabilitatea lor prezintă uşor reacţii psihologice abnorme la traumatisme psihice, iar în condiţii de trai deosebit de grele observîndu-se evoluţii psihopatologice clare, cu configuraţii nevrotice, paranoiace etc., ceea ce-l determină să introducă un capitol nou în studiul psihopatiei şi anume cel de dinamică a acestei entităţi clinice.

Nu lipnsesc din clasificările psihopatiilor principiile etiopatogenice. În acest sens, M. Gurevici (1929), distinge psihopatiile propriu-zise de natură predominant constituţională pe care le deosebea de stările pseudo-psihopatice a căror etiolo-

gie este de natură microlezională exogenă ; V. A. Ghiliarovski consideră că aparţin psihopatiilor doar acele cazuri la care clinic se constată pe prim plan profunde dizarmonii ale personalităţii dezvoltate şi fixate morbid şi care se deosebesc de normal prin intensitatea manifestărilor psihopatologice aberante. Kerbikov V.O. deosebeşte „psihopatiile nucleare" de cele periferice în care include şi tulburările de caracter precum şi cele generate sociogen, în timp ce Suhareva, clasifică psihopatiile în biogene, înnăscute sau dobîndite şi pe cele de natură sociogenă, care cuprind psihopatiile cu perturbări psihopatologice predominant caracteriale. Tot pe această linie se înscriu termenii de reacţii psihopatice, dezvoltări psihopatice simple sau complexuale etc., îndepărtîndu-se astfel de la bazele constituţional-endogene fragile sau vulnerabile, şi edificîndu-se temelia unei psihologizări şi psihopatizări exagerate a comportamentului uman normal în care intervine indeterminismul unor motivaţii psihologice incognoscibile şi existenţial imprevizibile, ce ţin de domeniul unui fenomenologism fatalist.

Se poate afirma ca o trăsătură distinctă a şcolii ruse de psihiatrie că în problema etiopatogeniei s-a admis existenţa unor factori microlezionali, iar în cazurile în care comportamentul aberant cu valenţe şi expresii psihopatologice similare psihopatiei apăreau consecutiv unor suferinţe cerebrale de natură traumatică, infecţioasă, toxică, prin suferinţe viscero-umorale sau cerebrale, acestea au fost clasate sub termenul de *stări psihopatoide*, net distincte de psihopatii şi pe care M. O. Gurevici le desemnă cu termenul de *„psihopatii organice"*, denumire care nu diferă de denumirea actuală de *„personalităţi patologice organice"* adoptată de psihiatrii americani. În acelaşi sens cu orientarea lui M. O. Gurevici, se situează şi Suhareva care raportîndu-se la psihopatie conchide că aceasta îşi are originile în cursul dezvoltării ontogenetice a sistemului nervos, cînd prin intervenţia unor factori cu determinism plurifactorial pot determina anomalii cerebrale, diferenţiate într-un număr de trei tipuri de perturbare ceea ce o determină să considere că ceea ce se cuprinde sub titlul de psihopatie este un ansamblu de stări polimorfe de natură plurietiologică şi cu mecanisme patogene tot atît de complexe. Aceste stări patologice, cu acompaniamentul lor de manifestări psihopatologice aberante de tip psihopatiform, au fost etichetate de către Suhareva cu denumirea de *„psihopatii organice"*.

Se impune totuşi constatarea că deşi delimitarea proceselor de reacţie a adus un progres în eşafodajul clinic al faptelor, metoda diferenţierii unui simptom sau altul din lanţul cauzal al fenomenelor, lasă loc unor interpretări lipsite de precizie, ca şi pentru afirmarea unor consideraţii şi interpretări de ordin subiectiv şi aceasta mai ales în cazul unor anumite simptome ca acelea din domeniul ideilor delirante de relaţie. Toate acestea sînt consecinţa lipsei unor dovezi indubitabile asupra etiopatogeniei personalităţilor patologice. Trebuie să recunoaştem că aceste neajunsuri mai persistă şi în prezent şi probabil nu vor dispare aşa de curînd nici în viitor, avînd în vedere determinismul plurifactorial biologic, psihologic şi social al tulburărilor de personalitate. Sigur este că vulnerabilitatea constituţională în corelaţie cu intervenţia unei etiologii plurifactoriale şi multidimensionale trebuie luată în consideraţie.

Pentru psihiatria anglo-saxonă ideile despre dezvoltare şi proces i-au fost străine în perioada cînd se făceau eforturi de definire a psihopatiei. Dar fiecare autor a dat definiţia sa asupra psihopatiei, ceea ce a creat o şi mai mare confuzie conceptuală şi practică. Astfel, pentru Henderson (1939), psihopatul este fie un antisocial, fie un asocial, la fel ca şi incorigibilul incapabil de modele perceptive, relaţionale şi ideative în consens cu sine şi cu alţii ; pentru Chenel (1934) psihopatul estet un imatur emoţional, iar pentru Levine (1940) este o persoană lipsită de previziune, în timp ce pentru North (1940) este un non-constructiv, iar pentru Bullard un egoist şi un nedemn. Cu toate că Henderson recunoaşte psihopatului „capacităţi de creaţie", dar o creaţie patologică, adăugăm noi, toţi psihiatrii americani consideră că prezenţa unor tendinţe antisociale puternic exprimate este absolut necesară pentru definirea noţiunii de psihopat. În ce priveşte etiologia, toţi sînt de acord că, deşi obscură, nu se aseamănă şi nu poate fi legată de cea a psihozelor sau nevrozelor. Dacă ar fi să găsim totuşi o legătură între toate acestea, ar fi poate terenul vulnerabil şi într-un caz şi în celelalte, termen nou şi elegant, care ne duce la sinonimul, aici căzut în dizgraţie, şi anume termenul de degenerescenţă a vechilor psihiatri francezi. (apud : Gurieva şi Ghidinkin).

Aceşti autori arată că personalităţile psihopatice sînt caracterizate prin imaturitate şi labilitate emoţională, tulburări de judecată, incapacitate de a învăţa din propria experienţă, reacţii impulsive şi antisociale cu hipogenezia sentimentului moral,

cu toate că inteligența este în general normală sau chiar superioară normalului. Ei sînt niște personalități dezadaptate, întotdeauna în luptă cu societatea, datorită comportamentului antisocial sau asocial neconstructiv și noncreativ valoric, dar creativ totuși psihopatoplastic.

Curran și Mallinson (1944) consideră că psihopatia trebuie delimitată clinic, iar extinderea sa prin utilizarea noțiunii de personalitate anormală ar crea o confuzie și mai mare. Autorii disting, în opinia lor, următoarele tipuri clinice de personalități psihopatice :

a) *personalități vulnerabile,* care în condiții negative de mediu dezvoltă reacții nevrotice, psihotice sau reacții psihopatice ;

b) *personalități sau persoane cu caractere neobișnuite sau anormale* — sînt persoane care, deși prezintă devieri evidente de la limita obișnuită cu normalitatea, nu sînt și nu devin în mod obligatoriu instabile sau indezirabile din punct de vedere social. Noi considerăm că ar putea fi cuprinse aici caracteriopatiile, milieuses, personalitățile accentuate, reacțiile discomportamentale, stările anomice, comportamentele deviante etc., cu caracter episodic, pasager etc.

c) *personalități „sociopate"*, a căror trăsătură predominantă o reprezintă comportamentul manifest asocial sau antisocial.

Aceste clase de personalități patologice, după opinia autorilor, ar trece gradat una în alta (principiul empatiei) și, de asemenea, pot trece în nevroze sau psihoze.

Alți autori, ca de exemplu H. Ey, adoptînd modelul mai vechi a lui Klages amintit mai sus și care considera că nu există psihopatii, ci numai Psihopatia, renunță la o clasificare clinică a psihopatiilor, în timp ce Trillat desemnează psihopatiile, în bună tradiție franceză, încadrîndu-le în capitolul dezechilibraților.

Criteriile sociologice au fost luate în considerație pe primul plan în definirea și clasificarea psihopatiilor de o serie de autori de diverse orientări și, în special, din psihiatria franceză și austriacă și, ulterior, de alte școli psihiatrice, de unde termenii de *sociopatie* și, respectiv, de *milioză* etc. Legat de acestea, a fost abordată clasificarea tulburărilor de comportament din punctul de vedere al valorilor morale, de unde și termenul de *anethopatie.*

Diversitatea punctelor de vedere s-a amplificat și mai mult în decursul timpului și datorită evoluției contradictorii

a conținutului conceptului de personalitate la care se referă tulburările de comportament ale personalității patologice de tip psihopatic. Influențele s-au exercitat atît dinspre cele psihologice, criteriile și argumentele, ca și a celor sociologice, ceea ce a dus la extinderea conceptului de psihopatie și, în oarecare măsură, la o îndepărtare de specificul psihiatriei ca disciplină medicală prin excelență, deoarece conceptele cu care operează psihiatrul nu se pot asimila sau suprapune cu cele sociologice. Nu mai puțin adevărat este că în ceea ce privește conținutul noțiunii științifice despre temperament și delimitarea sa, nu s-a putut face datorită lipsei unor legități precise (dacă se poate vorbi de legități în domeniul vast al subiectivității), pentru studiul său, pe de altă parte, și pentru faptul că o serie de însușiri temperamentale, din punct de vedere conceptual, sînt definite prin termeni psihologici care aparțin caracterului.

În psihiatria ca și în psihologia franceză, de exemplu, pentru mulți autori caracterul este aproape, dacă nu sinonim sau identic cu temperamentul. În legătură cu aceste inadvertențe, menționăm că psihologul român C. R. Motru semnaliza diferențele dintre temperament și caracter, precizînd următoarele : „de un temperament rău nu poate fi învinuit cineva, ci cel mult poate fi plîns, fiindcă temperamentul răsfrînge firea corpului, pe cînd pentru un caracter rău poate fi învinovățit și făcut responsabil orișicine, căci caracterul este în mare parte produsul experienței conștiente a individului". Din cele exprimate de C. R. Motru decurge clar că temperamentul este moștenit și are, deci, natură genotipică, în timp ce caracterul are natură cîștigată, fenotipică. Deși caracterul se construiește în relație cu temperamentul ca trăsătură generală și particulară fiecărui om în parte, și chiar dacă temperamentul și caracterul alcătuiesc un cuplu indisociabil temperamental-caracterial, totuși temperamentul se deosebește de caracter prin trăsăturile sale genotipice, înnăscute ale activității cerebrale, are funcție dinamică, energetică asupra tonusului psihic, conferind, totodată, coloratură specifică proceselor și funcțiilor psihice și activității. Caracterul are, așa cum am văzut, natură fenotipică, prezintă unitate și stabilitate, se situează în centrul personalității, conferindu-i consistență moral-valorică și este, în același timp, matricea bazală pe care se grefează influențele modelator-formative ale mediului social, ceea ce face din caracter „scheletul mintal al

omului", ce se menţine egal sieşi în raport cu valorile lumii exterioare şi cu sine însuşi.

Cu aceste precizări menţionăm că, în cazul psihopatiei, dizarmonia se află atît la nivelul temperamentului, a caracterului, a personalităţii, la nivelul afectivităţii şi a structurilor primare instinctiv-emoţionale, dizarmonia cuprinzînd în întregime toate structurile psihice ale personalităţii.

Aşa cum am văzut mai sus, în psihiatria germană îndeosebi, s-a conturat de mult timp *conceptul de proces şi de dezvoltare,* ceea ce a dus la o distincţie mai evidentă între personalitatea psihopatică şi nevrotică, pe de o parte, şi psihoză, pe de altă parte deşi, între primele două entităţi clinice distincţia a fost totuşi mai puţin netă, evidentă şi clară. A existat tendinţa de a lega personalitatea psihopatică de aşa-numita psihonevroză şi de a denumi ceea ce rezultă cu termenii de *„reacţie psihopatică"*, *„reacţie psihogenetică"* şi *„reacţie psihologică anormală"* (Lange), ca şi cum primele două tipuri de reacţie nu ar fi şi ele patologice.

S-a observat clinic faptul că nevrozele apar frecvent şi la persoanele care ar putea fi clasificate ca psihopate sau pot să apară reacţii nevrotice chiar la personalităţile psihopatice şi la care felul sau tipul lor de reacţie ţine de trăsăturile personalităţii premorbide. Aşa de exemplu, simptomele de conversiune isterică survin la o personalitate isterică cel mai frecvent şi se spune că personalitatea psihopatică şi isterică este o psihopatie fără manifestări nevrotice isterice, ceea ce ni se pare nu tocmai exact. La alte persoane cu trăsături aberante psihopatice particulare, simptomatologia actuală dizarmonică ar fi mai uşor de înţeles dacă ar fi considerată ca o suferinţă psihică survenită din cauza unui proces psihotic consumat în trecut. În asemenea cazuri, anamneza corectă detaliată şi aprofundată îşi are, neîndoielnic, un rol foarte important.

Dar asemenea cazuri, care nu sînt aşa de rare pe cît se pare şi, prin urmare, majoritatea personalităţilor psihopatice trebuiesc privite, în consecinţă, şi din alt punct de vedere. Aşa cum subliniază, pe bună dreptate, N. Petrilowitsch, „conceptul de psihopatie este strîns legat de conceptul de normal" şi atunci s-a pornit în definirea psihopatiilor şi a circumscrierii şi delimitării cadrului lor clinico-nozologic de la precizarea noţiunilor de „normal" şi „anormal".

Kurt Schneider, pe de altă parte, scrie : „Personalităţile anormale sînt personalităţi care se îndepărtează de o medie despre care noi ne facem o idee vagă. Normalul-medie ser-

veşte, deci, de regulă şi nu normalul-valoare (axiologică). Nu există frontiere între personalităţile anormale şi stările caracterizate ca anormale" şi, mai departe : „singurul concept esenţial este acela al personalităţii anormale în care-i cuprins conceptul personalităţii psihopatice". Cu alte cuvinte, sfera noţiunilor despre personalităţile anormale este mai extinsă şi include în ea şi personalităţile psihopatice.

Pe de altă parte, aşa cum vedem, K. Schneider distinge un normal-medie — deci statistic, şi un normal-valoare — deci un concept axiologic. În sensul conceptului axiologic, normalul-valoare este cel care se apropie de normalul-ideal al unei personalităţi, normalitatea de acest tip fiind, practic, de nerealizat de oricine. Dar, pentru unii, normalul ideal este Goethe sau Eminescu, sau Shakespeare ori Sofocle, iar pentru alţii sfîntul Francisc sau Isus etc. Cum însă normalul-valoare, aşa cum observă Kranz, nu este de obicei atins, ar decurge de aici în mod implicit dacă ducem raţionamentul pînă la limitele sale extreme, că nimeni nu este normal, sau dacă, în ultimă instanţă, ne situăm pe poziţiile teiste, atunci, inevitabil, ar însemna să admitem că numai Dumnezeu este prototipul ideal al normalului, ţel care, în mod evident, este imposibil de realizat de către muritorii de rînd, decît doar ca aspiraţie şi nu ca împlinire, cu excepţia condiţiei să nu fie un delirant mistic. Dar efectuînd la acest nivel o mişcare de translaţie şi recunoscînd că în fond problema nu se pune în a stabili normalitatea ca ideal, ci norma sau normativele de urmat, deci aşa cum ar trebui să fie normalul în realitatea sa concretă existenţială şi dacă, pe de altă parte ne situăm în aceste consideraţii conceptuale, pe punctul de vedere istoric, observăm în mod inevitabil relativitatea criteriului axiologic de definire a normalităţii din punct de vedere psihiatric şi aceasta pentru că ceea ce constituie pentru noi, aici şi acum, normo-idealul — a fost în epocile precedente un fapt patologic şi invers. Chiar în timpurile noastre, extroversiunea şi spiritul practic sînt valori de seamă în unele socieăţi avansate — pe cînd introversiunea, normală de exemplu pentru Europa centrală sau pentru India, ar apărea ca o nonvaloare în S.U.A. de exemplu.. N. Petrilowitsch consideră, de aceea, la fel ca şi K. Schneider, că utilizarea criteriului axiologic poate fi întrebuinţat în viaţa cotidiană, dar nu şi în ştiinţă şi, mai ales, în definirea normalului, deoarece „criteriul valoric al normalului... nu face decît să cădem în vechea eroare a „inferiorităţii psihopatice" (N. Petrilowitsch). K. Schneider

consideră că deşi punctul de vedere axiologic (sociologic) este relativ, el totuşi „... nu interzice utilizarea sa pur psihologică". Referindu-se la aceasta, Petrilowitsch remarcă : „...toate virtuţile îşi schimbă, în funcţie de momentul istoric „profilul" în locul virtuţilor marcante, caracteristice, care dădeau odinioară individului care le poseda o poziţie specială în cercul său de existenţă, au trecut azi pe primul plan virtuţi ca probitatea, obiectivitatea, cumsecădenia, solidaritatea. Din cauza aceasta, criteriul nostru trebuie să fie unul pur psihologic care chiar şi dacă nu este străin de o anumită ierarhie a valorilor, trebuie doar să le constate şi să le redea cu maximum de obiectivitate posibilă. În descrierea psihopatiilor trebuie să fim conştienţi că nu facem decît să descriem „diversele jocuri de combinaţie a felului de a fi al omului" şi trebuie să ne ferim de orice apreciere de valoare la adresa a ceea ce constatăm... Aşadar, criteriul nostru trebuie să fie unul clinic şi psihologic descriptiv mai ales, deoarece cu cît extindem mai tare limita înţelegerii psihologice, putem pătrunde mai uşor în structura oricărei persoane".

Trebuie să subliniem însă, aşa cum de altfel o face şi Petrilowitsch, împreună cu Mezger că, totuşi, norma stastică nu se poate debarasa, dar nici separa, de criteriul axiologic, deci de norma-valoare, deoarece totdeauna cînd facem o descripţie clinică pur psihologică ne raportăm permanent la valorile sociale, din care nu putem dezinsera personalitatea respectivă. Aprecierea axiologică este, desigur, prezentă în faţa clinicianului atunci cînd examinează un caz clinic, dar această atitudine axiologică se află în spatele raţionamentului clinic medical, pe prim plan aflîndu-se omul cu suferinţa sa psihică şi cu implicaţiile sale, fie ele pozitive sau negative, în raport cu criteriile axiologice.

Ceea ce s-a spus cu privire la norma-valoare se poate adăuga şi normei-medii (statistica), care este şi ea, de asemenea, destul de relativă şi strîns corelată şi dependentă de condiţiile istorice concrete.

În 1973, în „Jurnalul" său, C. Noica nota, cu referire la cele de care ne ocupăm în rîndurile de faţă :

„Gîndul acesta extraordinar al platonismului socratic cum că dacă ştii binele nu poţi săvîrşi răul şi că în genere ştiinţa binelui îţi dă virtutea lui în sensul bun — îmi apare acuma *unilateral,* deşi grandios încă.

El înseamnă : dacă intri pe poarta intelectului în viaţa spiritului, regăseşti restul, adică voinţa şi sentimentul, bune amîndouă. (Sau bunătatea e întregul celor trei : spiritul ?).

Dacă poţi intra şi pe poarta *sentimentului* (cum a făcut creştinismul, de pildă), sau şi pe poarta *voinţei* (ca protestantismul în creştinism) şi atunci nu poţi face răul, nu poţi gîndi răul rău, şi nu poţi voi răul rău, nu poţi răul rău şi nu poţi voi răul rău, ci regăseşti spiritul întreg, dacă mergi pînă la capăt.

Totuşi, la fel de unilateral ca anticii a teoretizat lucrurile creştinismul, prin Augustin de pildă, ori Scheler. Căci a spus : „orice dragoste adevărată e dragoste de Dumnezeu", înţelegînd prin asta că e cunoaştere şi voinţă ; iar Augustin a spus : „iubeşte şi fă ce vrei". Dar la fel se putea spune : „orice cunoaştere adevărată e cunoaştere de Dumnezeu" şi atunci poţi spune : „cunoaşte şi fă ce vrei". După cum orice voinţă adevărată e voinţă de unire cu Domnul şi atunci se poate spune : „voieşte (hotărăşte-te, pune-ţi hotare) şi fă ce vrei". Şi mai departe continua astfel ceea ce, alături de cele de mai sus, se potrivea nu numai pentru personalităţile patologice, dar şi societăţii ca sursă de comportamente patologice în cazul unei personalităţi anetice sau anomice :

„În fond, la fel cum cunoaşterea se poate opri la jumătăţi de drum, şi atunci e *rea* (ca astăzi), voinţa se poate opri la jumătăţi de drum (tehnica, omul faustic) şi atunci devine rea ; după cum emoţia se poate apoi opri la jumătate de drum, şi atunci e oarbă (dragoste închisă, fanatism) sau este strîmbă (ca în arta modernă prea adesea) şi atunci e rea.

Pe fiecare din cele trei porţi poţi regăsi spiritul sau poţi să-l pierzi cu-adevărat.

Mai bine rămîi în faţa porţii — ca în *Var dem Gesatz*, a lui Kafka — decît să intri şi să nu ajungi.

Omul modern a intrat pe toate trei porţile, dar n-a ajuns decît în curtea interioară şi nu în palat".

Oamenii moderni şi îndeosebi personalităţile psihopatice încearcă să intre pe porţile spiritului, dar s-au oprit, iar în cazul psihopatiilor nu pot depăşi jumătatea drumului şi atunci pierd şi căile (intelectul, sentimentul, voinţa) armonioase de a gîndi, a voi, a dori să facă binele şi nu răul pentru a ajunge la spirit. Deşi prezintă dezvoltare intelectuală optimală, uneori fiind personalităţi de mare excepţie, totuşi dizarmonia dintre intelect, sentimente, voinţă, cunoaştere şi faptă, îi împiedică să făptuiască şi să realizeze „sensul *bun* al vieţii", aşa cum se exprima în acelaşi loc Noica, şi aceasta pentru că în sens contrar lui Hegel, care afirma că „Tot ce e real e raţional", raportat la fiinţă se poate spune că sînt neîmpliniri ale

ființei, că „există și rebut, neîmplinire, eșec de ființă, nu tot ce e real e rațional, are raționalitate. Nu tot ce este are sens, chiar dacă nu e străin de sens... trebuie să vezi ce este în carență și ce poate duce la o împlinire... zone întregi de neființă secundă sau de semi-ființă sînt pe lume. Filozofia spune lumii ce e bolnav și ce e sănătos în ea" (p. 270).

S. Rîndașu, subliniază în mod justificat opinia după care criteriile cele mai des folosite — cele statistice — nu satisfac exigențele clinice, fiind unilaterale și cantitative și, prin aceasta, ele eludează aspectele psihologice și sociologice necesare clinicianului în scopul tratării acestor pacienți. De valoare este criteriul fenomenului de adaptare la mediu, după care normalitatea ar putea fi definită ca „o stare în care individul este integrat mediului său bio-social, de așa manieră încît să realizeze un echilibru armonic și stabil, care să-i permită convietuirea ; la nevoie, supraviețuirea și, evident, perpetuarea speciei". Se remarcă faptul că, în cazul psihopaților, acestora le lipsește tocmai capacitatea adaptativă, finețea, calitatea și măsura optimală necesară inserției sociale, deficiențe din care decurge tot cortegiul de asperități, conflicte sau chiar acte antisociale. Se face deosebirea între normalul biologic — comun viețuitoarelor și normalul psihologic specific omului, despre care nu putem emite criterii cu valoare neîndoielnică, demonstrîndu-se în același timp, în consecință, dificultatea definirii normalității bio-psihice. Cheia de boltă a problemei nu este cantitatea de caracteristici psihologice pozitive și negative, ci felul în care ele se constelează armonios în fundarea caracterului și în structurarea personalității. Observația clinică demonstrează existența cazurilor ce par să basculeze între sfera normalului și patologicului, fără să-și decline ferm apartenența. Așa a apărut *„psihiatria marginală"*, așa a apărut necesitatea introducerii noțiunii de categorie a „caracterelor anormale", care s-ar situa, după opinia autorului, între psihopatie și normal. În fine, se amintește rolul factorilor sociali, atît în edificarea caracterului, cît și a personalității, dar și în ceea ce privește interpretarea conținutului „de normal", insistîndu-se asupra valorii analizelor fenomenologice și sociologice în scopul unei mai bune „înțelegeri a omului".

În definirea normalității psihice și, respectiv, a comportamentului, intervine condiționarea social-istorică a conceptului de normal. Lucian de Samosata (sec. II e.n.), raportîndu-se la

sciți, nota, pe lîngă faptul că aceștia cultivau cu particulară atenție prietenia, totuși „...Îi credeam neprimitori de oaspeți și sălbateci, stăpîniți întotdeauna de ură și de porniri mînioase, nearătîndu-se prieteni nici măcar față de rudele lor cele mai apropiate. Și mă întemeiam în judecata mea pe cîte mi se povestise despre ei mai cu seamă în legătură cu obiceiul scitului de a-și mînca tatăl după moartea acestuia".

Obiceiuri de acest fel și, îndeosebi, antropofagia la unele triburi aborigene din diverse părți ale globului, au fost relatate de mass media și în plin sfîrșit de secol XX.

Este evident că acest fel de practici, în raport de datini, tradiții, obiceiuri, nivel de cultură etc., raportate la condițiile sfîrșitului doi de mileniu în care trăim, este o practică profund aberantă, iar un caz recent petrecut la Iași, în care un bolnav psihic și-a sacrificat copilul și l-a mîncat, este un caz de antropofagie nu aberant, ci pur și simplu alienant și care se încadrează în grupa mare a psihozelor, a nebuniei, în care este anulat discernămîntul asupra propriei persoane și asupra interrelațiilor sociale. În plus, remarcăm că un asemenea comportament atestă cît de multă animalitate este depozitată în om și care, lipsită de frînele instituite de conștiința de sine în acord cu conștiința socială, se poate manifesta sub cele mai sălbatice forme de expresie, la care, din nefericire ,asistăm la acest sfîrșit de mileniu. De aceea, studiul personalităților patologice ni se pare că nu mai poate fi considerat ca un simplu capitol de psihiatrie, destinat unui cerc restrîns de specialiști, ci, dimpotrivă, și-a extins domeniul de interes și de preocupare practică în care ar trebui cointeresate nu numai instituțiile, ci și societatea în ansamblul său. Petrilowitsch, citînd, la rîndul său, pe Ackerknekt, arată că, la tribul Dobnan, ideile de persecuție sînt considerate ca normale și la fel halucinațiile la tribul Moharo, sau ideile de grandoare la tribul Kwakiutl. Pînă în secolul al 18-lea, o eczemă infantilă era un fapt divers ; la fel pînă în secolul al 19-lea malaria în valea Mississipiu-lui, după cum anumite triburi din America de Sud considerau o anumită spiroketoză dermică, foarte neplăcută, dar foarte răspîndită, drept un fapt normal, iar bărbatul care nu suferea de această spiroketoză, nu avea dreptul să se căsătorească. Din cele de mai sus desprindem că norma-statistică nu este totuși complet independentă de norma-valorică-ideală. De aceea, Müller-Suur spunea, pe bună dreptate, că trebuiesc cunoscute normele valorice dacă vrem să știm la ce variații vor fi supuse, în timp, normele statistice.

„Scara de valori personale nu este un fapt independent de colectivitatea în care trăieşte individul", dar nici de epoca social-istorică dată, adăugăm noi. De aici se impune ca logică şi constatarea lui K. Schneider că orice afirmare a normalului statistic (media statistică) trebuie să se limiteze numai „la timpul nostru şi la mediul nostru cultural". Psihopatia poate fi studiată numai pe baza acestui criteriu al lui *hic et nunc* (aici şi acum) (N. Petrilowitsch).

Având în vedere faptul că în mod permanent trebuie totuşi să ne raportăm la valorile sociale sau personale, Petrilowitsch este de părere că „dacă aprecierea psihopatiei trebuie să fie una valorică, faţă de acest lucru nu avem ce face, dar cel puţin să ne ferim de una normativă, deci moralizatoare. Orice apreciere negativă sau pozitivă ne va depărta de problemă, astfel că cel puţin descrierea cazului să fie lipsită totdeauna de consideraţii axiologice... Dar trebuie să fim atenţi să nu considerăm media normei cu media masei" şi prin aceasta să considerăm geniul drept psihopat sau, din contra, să considerăm oligofrenul şi pe omul obişnuit drept prototipul mediei ; „de aceea, sîntem de părere (cu Gruhle), că *termenul de persoană anormală trebuie aplicat numai variantelor grosolane de la normă, numai persoanelor conflictuale sau generatoare de conflicte*" (subl. ns. M.Ş.), spune Petrilowitsch, iar în concluzie, conchide :

„Studiul psihopatiei trebuie să se ocupe numai de persoanele conflictuale care, independent de condiţiile favorabile sau nefavorabile ale momentului istoric, ajung să fie în centrul atenţiei prin excentricitatea lor, din cauza tensiunii anormalităţii lor, pe care n-o observă decît rar, pentru că, de cele mai multe ori, pun totul pe seama condiţiilor de mediu care le sînt defavorabile sau care nu-i ajută".

Poate că aici se impune precizarea că sînt multe persoane excentrice, originale etc., care, chiar dacă atrag asupra lor intens atenţia, nu înseamnă de aici că ele vin în contradicţie cu societatea şi că prin comportamentul lor fac să sufere societatea. De aceea, N. Petrilowitsch precizează mai departe :

„Nu credem că aparţin psihopatiei subliminările reuşite, echilibrările prin hipercompensare, boemii excentrici, haimanalele incoercibile, domnişoarele capricioase şi extravagante, sau vegetarienii convinşi. Criteriul extravaganţei este determinat de multe ori de cele mai diverse circumstanţe, şi excentricitatea cu tot preţul, voită, nu trebuie să ne facă să ne gîndim numaidecît la un caz clinic".

Subliniem, de asemenea, că nu orice deviere de la normal înseamnă psihopatie şi de aceea însăşi definiţia lui K. Schneider, după care psihopaţii sînt personalităţi anormale care suferă din cauza anormalităţii lor şi fac ca societatea să sufere din cauza lor, ni se pare că nu trasează o demarcaţie clară între grupa nevrozelor şi a psihopatiilor, aşa cum este ea înţeleasă la ora actuală şi cum le concepeau clasicii şi nici nu comportă (această definiţie) vreo semnificaţie etiologică, simptomatică, prognostică sau de altă natură.

Dacă, aşa cum recunoaşte K. Schneider, psihopatul este o persoană anormală şi că, deci, nu putem considera psihopatul un psihotic, totuşi autorul declară că : „În personalităţile anormale, noi *distingem personalităţile psihopatice, fără a le putea preciza în nici un fel limita*, pe acelea care suferă din cauza anomaliilor şi fac ca şi societatea să sufere. Cu privire la aceasta, conceptul esenţial şi singurul ştiinţific rămîne totdeauna conceptul de personalitate anormală considerat ca o variaţie care se îndepărtează de medie. *Constituţiile pulsionale vitale anormale, în particular sexuale, noi trebuie să le socotim printre personalităţile anormale... chiar toxicomaniile sînt pentru noi simple expresii ale personalităţilor anormale sau reacţii anormale la evenimentul trăit...*“ (subl. ns. — M. Ş.). În acelaşi timp, referindu-se la raporturile dintre anormal şi morbid, K. Schneider arată că : „...anormalul este luat în mod unic aici în sensul varietăţii normalului“. Şi cînd, în cele ce urmează, noi vorbim de personalităţi „anormale“, ceea ce se spune de personalităţile normale valorează exact la fel şi pentru ele şi invers“. Cu toate că psihopatul are modul său egofil malign şi subiectiv de a distorsiona realitatea şi valorile, are şi un mod particular de a înlocui scopurile reale, vitale, cu alte scopuri.

K. Schneider include psihopatiile în variantele limită ale normalului, le priveşte ca particularităţi caracterologice, care în ultimă instanţă şterg graniţele dintre normal şi patologic. În concepţia lui K. Schneider psihopatul este o personalitate anormală cu tulburări de intensitate marcată a unui caracter anormal şi care, în condiţiile de viaţă, chiar obişnuite, ajung la conflicte interne şi externe determinate în mod predominant doar de anormalitatea caracterială a personalităţii psihopatice. Tot K. Schneider se pare că admite, în consens cu E. Kraepelin, că *defectivitatea psihopatică se caracterizează în mod esenţial prin perturbările predominante de natură afectivă şi volitivă*. Această convingere mai vine şi de acolo că

autorul german împărtășește inclusiv opinia, justificată, a lui Birnhaum, care sublinia că *la personalitățile psihopatice manifestările aberante se exprimă în particular prin perturbări instinctive, afective și volitive, care-și au originea în perturbări de structurare primare și dizarmonice ereditar-constitutționale ale personalității,* la cele de mai sus fiind de adăugat defectivitățile temperamental-caracteriale, după opinia noastră.

Cu toate aceste considerații de principiu pe care K. Schneider le face cu privire la clinica psihopatiilor în manualul său de *„Psihopatologie clinică"*, nu găsim elementele cu ajutorul cărora să realizăm — din punct de vedere clinic — separarea nevrozelor de psihopatii, și aceste două de dezvoltările nevrotice sau psihopatice, sau de reacțiile nevrotice, psihopatice și psihotice la evenimentul trăit. De aceea, de fapt, și discuția atît de strînsă în literatura psihiatrică asupra acestor probleme. Discuția a devenit cu atît de mai mare actualitate, deoarece, pentru majoritatea cercurilor psihanalitice, conceptul de psihopatie, deși nu este considerat ca inutil, totuși se dizolvă în cadrul nevrozelor de caracter, în funcție de mecanismele de apărare ale Eului statuate de psihanaliză și care stau nu numai la baza nevrozelor, dar și la baza psihopatiilor (personalităților patologice).

Pe de altă parte, există tendința la unii psihiatri de a dizolva grupul mare al nevrozelor în cadrul psihopatiilor, adică exact invers de cum procedează psihanaliștii. Gowers atrăgea atenția că delimitarea conceptului de psihopatie așa cum a fost formulat de K. Schneider ar putea înghiți la un moment dat grupa nevrozelor, deși K. Schneider definește nevrozele ca reacții anormale la trăiri externe și conflicte interne. Dar, așa cum subliniază Petrilowitsch, este foarte puțin probabil ca această definiție să epuizeze întregul domeniu al nevrozelor, chiar dacă se afirmă nota diferențială după care psihopatia este o anomalie înnăscută, în timp ce nevroza este o anomalie cîștigată, dobîndită în raport cu un eveniment existențial negativ.

O. V. Kerbikov (1968), abordînd studiul psihopatiilor și a caracterelor patologice, nota următoarele :

„Trebuie să distingem psihopatiile nu numai de bolile mintale în sensul strict al cuvîntului (psihoze), dar și de variantele individuale ale caracterului în limitele normei. Ele se vor distinge prin trei criterii principale :

1. Particularităţile patologice ale caracterului se manifestă în momentul cînd adaptarea subiectului la mediul său este perturbată, ca şi relaţiile normale cu anturajul ;

2. Acestea sînt numai cîteva trăsături ale persoanei, care sînt patologice, dar şi caracterul său în întregime, constituţia mentală, particularităţile psihopatice ale personalităţii sale în totalitatea lor ;

3. Trăsăturile patologice ale personalităţii sînt relativ stabile, reversibilitatea lor restrînsă".

În ce priveşte etiologia psihopatiilor, Kerbikov distinge două variante : a) *psihopatia congenitală*, este determinată de sifilisul şi alcoolismul familial, concepţia în stare de beţie, embriopatiile, leziunile foetale, traumatismele obstetricale, traumatismele cerebrale, o infecţie sau intoxicaţie în primii trei ani de viaţă, care perturbă dezvoltarea normală a creierului, după cum transmiterea ereditară nu este, de asemenea, exclusă ; b) *psihopatia cîştigată* este consecinţa acţiunii unor factori psihogeni, în cel mai larg sens al cuvîntului, ca de exemplu o educaţie familială defectuoasă, care deformează psihicul în dezvoltare al copilului, influenţele negative de microgrup extrafamilial, traume psihice de lungă durată etc.

Factorii psihotraumatici pot acţiona complementar în mod negativ asupra psihopatiilor congenitale, agravînd vulnerabilitatea de substrat la influenţele psihice traumatizante, după cum în psihopatiile cîştigate factorii exogeni traumatici, toxici, infecţioşi etc., pot, de asemenea, să scadă rezistenţa substratului cerebral, făcîndu-l şi mai vulnerabil la influenţele psihice traumatizante.

Borel (1947) consideră psihopatia ca un *dezechilibru psihic*, constituit din tulburarea dispoziţiei, emotivităţii şi caracterului, instinctelor ca şi a inteligenţei. Pentru Cleckley (1959) psihopatul este asimilat *personalităţii antisociale*, care prezintă cronic un *eşec relaţional* prin incapacitatea de a învăţa din experienţele negative şi de a le corecta, deşi din punct de vedere intelectual păstrează relativ integre funcţiile intelectuale. Pentru englezul Craft (1966) psihopatul se distinge prin trăsături sau simptome primare şi simptome secundare. Dintre simptomele primare autorul desprinde insensibilitatea moral-socială sau, aşa cum o defineşte, ca *inafectivitate* şi *tendinţa nestăpînită de a acţiona impulsiv*. Aceste simptome primare sînt considerate negative, avînd în vedere că sînt expresia unor structuri biopsihice primare de tip arhi- şi paleopsihic. Tot în cadrul simptomelor primare, dar pozitive,

după Craft, ar fi egofilia (egocentrismul sau autofilia, în sensul lui Ball), absența regretului în cazul comiterii unor fapte uneori de o particulară gravitate socială, absența motivațiilor pozitive și, respectiv, valorice social, precum și ceea ce este obișnuit în literatura anglo-saxonă sa simptom psihopatic incapacitatea de a învăța din experiențele negative. Toate cele de mai sus constituite ca simptome primare — pozitive și negative — constituie, în ansamblul larg, cauza *conduitelor inadaptate* și generează *simptomele negative*, care constau în absența deficitului intelectual (ceea ce deosebește psihopatia de oligofrenii), absența psihozei ca fenomen procesual și aceasta avînd în vedere prezența discernămîntului cu conștiința clară, că ceea ce reprezintă conduita sa este contrară legilor scrise și nescrise de conviețuire socială și, în fine, o altă trăsătură pe care autorul o evidențiază este absența motivațiilor criminale. De acest din urmă element noi ne îndoim, pentru că, așa cum se constată din cercetările psihiatrilor, tendințele heteroagresive, ce pot duce pînă la criminalitate, nu sînt chiar atît de puțin frecvente la personalitățile patologice și, îndeosebi, la personalitățile antisociale.

Deniker și Sempe (1967) deosebesc pentru psihopați o *structură comună*, o *nuclearitate*, constituită din : *tulburări de identificare, instabilitate, reactivitate* abnormă, exprimată prin acte necontrolate, *relații revendicative* masive pe care nu le recunosc, *tendințe isterice*, depresive (fără a-și recunoaște culpabilitatea, ca acte suicidare impulsive, reacții de supracompensare, deformarea raporturilor dintre real și imaginar, ceea ce-l face să trăiască imaginarul ca real (apud Al. Olaru).

N. Schipkowensky (1960) și apoi H. Jaklewiez (1964), abordînd studiul psihopatiilor din punctul de vedere al raporturilor lor cu patologia caracterului, consideră că în cazul persoanelor care dezvoltă un comportament psihopatic pe un fond de personalitate stigmatizată organic, termenul cel mai corespunzător de definire, după opinia acestor autori, a acestei anormalități aberante, este cel de *„caracteriopatie"*. În cazurile în care comportamentul dizarmonic de tip psihopatic s-a format sub influența unor condiții sociale negative, atunci tulburarea comportamentală urmează a fi considerată ca o *„sociopatie"*. Autorii totuși rezervă termenul de psihopatie numai acelor cazuri în care deformarea patologică a caracterului este expresia unor personalități în care nu se relevă la examenul clinic simptomatologia „radicalului organic", dar

care se manifestă aberant ca urmare a unor condiții inductorii defavorabile psihosociale. În fond se lasă să se întrevadă și de această dată, deși nu în mod explicit, o cauză organică totuși de substrat de natură predominant endogenă, pe care o considerăm a fi de tipul unei determinări constituționale și cu atît mai mult cu cît N. Schipkowensky efectuează o oarecare diferențiere între psihopații și oligofrenii ca efect al unor boli legate de patologia dezvoltării psihice.

Pe de altă parte Asociația psihiatrilor americani subliniază dificultatea de a delimita insuficiența psihopatică de natură constituțională, de perturbările de tip caracterial anormal, tulburările personalității de tip psihopatic avînd un pronunțat caracter antisocial, ceea ce a avut ca efect renunțarea, începînd din anul 1952, la termenul de personalitate psihopatică și înlocuirea sa cu termenul generic dar și strict delimitativ din punct de vedere nosologic de *„tulburări ale personalității"*. Asociația psihiatrilor americani subliniază printre trăsăturile fundamentale ale psihopatiei, deci comportamentul anormal, antisocial cu manifestări impulsive și care ar fi lipsite de răspundere și ar avea ca motivare fie satisfacerea unor interese de tip narcisistic sau interese apropiate de prima categorie, dar care, se însoțesc de sentimente de anxietate sau de vinovăție.

A. Noyes și K. Kolb sînt de părere că pentru personalitățile psihopatice ar fi caracteristice următoarele trăsături: egofilia cu încredere exagerată în propriile forțe, incapacitatea de a se subordona unor reguli impuse de disciplină, instabilitatea psihică fapt care ar explica absența perseverenței, malignitatea, furtul, nesinceritatea fățarnică, incapacitate și respectiv lipsă de comunicare empatică, grosolănia (grobianismul), lipsa sentimentului de responsabilitate, dezinhibările instinctiv-emoționale, hipogenezia sentimentelor moral-sociale exprimată prin superficialitatea, versalitatea motivelor și sentimentelor față de familie și societate, mitomanie, metamorfozarea realului și înlocuirea realului cu imaginarul, de unde și tendințele spre acțiuni himerice, incapacitate de a-și frîna tendințele egofile și pulsionale, ceea ce are drept consecință incapacitatea de a stabili raporturi optimale cu societatea și cu normativitatea legal instituită, lipsă de exigență față de propria persoană, sentimente de nedreptate și de vulnerabilitate ca și de nedreptățire atunci cînd sînt condamnați pentru fapte ce vin în contradicție cu legea, iar pedeapsa aplicată, inclusiv detenția, nu numai că este considerată ca

nedreaptă, dar pedeapsa aplicată nu are un efect educativ prezumtiv secondat datorită incapacității de a învăța a psihopatului din experiențele sale negative (apud Gurieva și Ghidinkin).

Psihiatria franceză raportîndu-se la psihopatii consideră că aceste tipuri de personalitate se caracterizează prin polimorfismul instabilităților comportamentale aberante care uneori se însoțește și de manifestări antisociale, comportamentul aberant luînd uneori ca formă de expresie manifestări de tipul unor reacții psihogene imprevizibile și greu, dacă nu imposibil de descifrat, deși din punctul de vedere al dezvoltării proceselor intelective, nu se evidențiază clinic și nici psihometric deficiențe evidente.

Mimievecek subliniază dizarmonia funciară a personalității psihopatice care constă în aceia că trăsăturile psihice cu particularități și tendințe superior dezvoltate, existente ca realitate în psihopatii, se asociază paradoxal cu altele slab dezvoltate, astfel încît în ansamblul sistemului psihic personalitatea dezarmonic structurată și, respectiv, neechilibrată, exprimîndu-se în manifestările comportamentale prin tendințe și particularități aberante, neobișnuite, versatile și respectiv, imprevizibile.

Un punct de vedere apropiat îl formulează V. Vondracek atunci cînd subliniază că personalitățile psihopatice prezintă frecvent încă din perioada de dezvoltare infantilo-juvenilă, reacții „patice", intense, neobișnuite care pot fi declanșate de stimulări de mediu aparent nesemnificative, reacții, patice, care au un pronunțat caracter antisocial sau asocial, prin veritabile scurt-circuitări ale conștiinței, particularitate discomportamentală care l-a determinat de R. Jenkins să afirme în mod justificat, că „psihopatul nu-i capabil de loialități", este inconstant, instabil, cameleonic, capabil să dezvolte cele mai variate reacții anormale (apud Gurieva și Ghidinkin).

O'Neil și colab., așa cum subliniază Gurieva, consideră că pentru personalitățile psihopatice sînt caracteristice din punctul de vedere al manifestărilor psihopatologice următoarele simptome : deficite în activitatea instructiv-educativă cu absența nemotivată de la ore ; dificultăți de activitate socio-profesională și familială, narcofilie, mare adezivitate somatică și psihopatologică la narcotic ce se instalează rapid ca dependentă, dimpreună cu un comportament impulsiv, agresiv, cu tendință la șicane și libertinaj sau perversiuni sexuale, tentative suicidare repetate, comportament impulsiv, parazitism, incapaci-

tatea de a realiza prietenii, însușirea de nume și identități imaginare, consecință a mitomaniei în absența sau lipsa unei conștiințe de sine critic obiective față de actele delictuale socialmente periculoase comise fără o motivație logică satisfăcătoare și în contradicție cu normativitatea și tradiția socială. Caracteristicile enumerate ni se par a constitui trăsături fundamentale subliniate de marea majoritate a autorilor care se completează în mod satisfăcător cu cele subliniate de F. Fabregues și L. Michaux, care semnalează că psihopații sau nevrozele de caracter în concepția psihanalitică nu sînt receptivi la intervențiile psihoterapeutice, instructiv-educative, nu pot învăța din experiența de viață personală, nu pot elabora concluzii pozitive din învățămintele negative acumulate pe parcursul anilor și pe care deci n-o pot corela în mod satisfăcător cu ansamblul logic al exigențelor conștiinței sociale la un moment dat, avînd în vedere că însăși conștiința de sine a acestor pacienți este defectuos structurată și dominată în sens autofil.

Se cuvine de asemenea, în contextul celor de mai sus să subliniem că Tcheney (apud V. A. Gurieva și Ghidinkin), atrage atenția asupra imaturității și instabilității structurilor afectiv-emoționale a personalităților psihopatice, a predominării reacțiilor afective primare în raport cu cele superioare, ceea ce determină în plan comportamental manifestări de tip primar instinctiv-emoțional și respectiv, de infantilism ideoafectiv, și fenomene de regresiune psihică cu dispoziție crescută la reacții impulsive, dispoziție vulnerabilă crescută la instalarea unor reacții ; depresiune, fenomene care apar și se manifestă în relațiile cu microgrupul ambiant pe o gamă expresivă polimorfă, avînd în vedere că psihopatul nu ține seama de exigențele sociale și cu care vine frecvent în impact cu ele. Analiza clinică a determinat pe Tcheney să considere că trăsăturile psihopatologice fundamentale care caracterizează personalitățile psihopatice sînt tendințele delictuale manifeste, prin insuficienta frânare a tendințelor primare instinctiv-emoționale, de unde toxicomaniile etc., insuficiența morală, idioția morală, vagabondajul și perversiunile sexuale.

De altfel în majoritatea studiilor privind personalitățile psihopatice se subliniază ca particularități caracteriale incapacitatea de stăpînire a tendințelor și pulsiunilor primare, tendințele abuzive alcoolofilice sau toxicomanice, abilitatea, versalitatea, mitomania și inventivitatea nu chiar atît de bogate a bolnavilor atunci cînd este vorba să întreprindă un

act aberant dar care le este util imediat, particularității psihoplastice morbide care alternează cu insuficiența și incontentanța sau lipsa de interes față de orice tip de ocupație ca urmare a tendințelor dromananice, hipogenezia sentimentelor morale, interese sau pulsiuni egofile, toate acestea caracterizînd personalitatea psihopatică.

În legislația Angliei se utilizează cu privire la starea de sănătate psihică o serie de termeni și noțiuni ca acelea de *„tulburări persistente ale personalității"*, *„agresivitatea anormală"*, *„lipsă de responsabilitate în comportament, care necesită asistență medicală"*.

După opinia formulată de H. Binder, pentru personalitatea psihopatică ar fi particulare manifestările abnorme încă din fragedă copilărie, ea devine manifestă în perioada dezvoltării infantilo-juvenile și se păstrează relativ nemodificată pe parcursul existenței, cedînd puțin sau deloc diverselor situații, față de care nu știe să se adapteze sau pe care nu poate să le asimileze și să le folosească în mod adecvat în relațiile sale existențiale obișnuite.

Termenii cu care este definită și înțeleasă psihopatia de către diverși autori din diferite țări sînt de un polimorfism derutant. Astfel, alături de denumirea de *„personalități psihopatice"* sau de *„personalități patologice"* ori de *„constituții psihopatice"* întîlnim și denumiri ca : *„personalități anormal-patologice"*, *„personalități anormale"*, *„caractere patologice"* sau *„caractere anormale"*, *„anomalii de caracter"* sau *„tulburări de caracter"* („disorders of character), *„nevroze de caracter"* sau *„tulburări de personalitate"* (personality disorders), *„oligotimii"* (oligothymie) sau *„anetopatii"* (anethopathy), sau *„personalități dezechilibrate"*, *„sociopatii"*, *„milioze"* etc.

Tot atît de impresionantă și derutantă este și clasificarea după criterii caracteriologice a comportamentului aberant la adult sau a tulburărilor de conduită la copil ce se efectuează după criterii caracteriologice sau temperamentale și atunci apare o terminologie tot atît de lipsită de consistență și de derutantă cînd se adoptă denumiri ca de exemplu : *impulsivi, explozivi, colerici, dezinhibați, isterici, vagazonzi, dromomani, mitomani, instabili, agresivi, inhibați, obsesivi, bahici*, etc., etc. Greșeala care se comite în asemenea clasificări constă în primul rînd în aceea că nu pare permis din punctul de vedere al exigențelor clinice să se construiască un sindrom (un ansamblu de semne și simptome unitar interconectate) dintr-un

semn sau un simptom, iar pe de altă parte toate aceste trăsături nu sînt precizate dacă își au o origine constituțională, sociogenă sau sînt reacții psihogene la evenimente conflictuale psiho-sociale. În fond se produce un fenomen riscant, în cazul utilizării unei multitudini de denumiri, care constă pe de o parte în aceea că se uzează de noțiuni elaborate pe criterii extrem de diferite, ceea ce le conferă atributul nu numai de a fi vagi și respectiv imprecise, dar în al doilea rînd se ajunge la dificultatea aproape insurmontabilă de a găsi liantul comun pentru un cerc atît de larg de opinii exprimate asupra unei probleme unice ce se are în vedere. Subliniem că această confuzie, este cea mai pregnantă și profundă în psihiatrie, confuzie care persistă de peste un secol și jumătate.

Se consideră de către unii autori că termenul de psihopatie ar fi compromis și nu ar mai corespunde stadiului actual al cunoștințelor despre personalitate, deoarece termenul ca atare ar pune accentul numai asupra componentei biologice a personalității și a sistemului său psihic. Oricum ar fi însă denumirea, ceea ce prezintă importanță este cunoașterea acestei manifestări, elaborarea corectă a criteriilor diagnostice, adoptarea și adaptarea unor măsuri corespunzătoare sanogenetice.

Tcheney consideră că personalitățile psihopatice se disting prin imaturitate emoțională, tendință la reacții impulsive, incapacitate de frînare a tendințelor delictuale, dromomanice, pervertirea instinctului social. conduita imatură ideo-afectivă, hipogenezia sentimentelor morale, oscilații dispoziționale primare, ceea ce face deosebit de fragil și vulnerabil echilibrul psihic și duce la manifestări aberante la acțiunea minoră a unor factori negativi de mediu psiho-social.

Gama extrem de extinsă a termenilor utilizați, ca și împrumutarea unor denumiri asemănătoare sau similare cu denumirea unor nevroze sau psihoze și folosirea lor prescurtată și fără alte precizări (de ex. : psihastenie), generează confuzii semantice care stau deseori la originea confuziilor conceptuale, deși și relația inversă este frecventă, acestea din urmă, fiind nu rareori expresia unor concepții unilaterale și în disonanță cu etio-patologia și maifestările clinice psihopatice.

Această situație face extrem de dificilă sintetizarea optimală a unor date de epidemiologie ca și posbilitatea comparării unor procente de morbiditate specifică între diferite țări și chiar între regiunile administrative ale aceleiași țări.

Pentru depășirea acestor dificultăți este recomandabilă în acord cu K. Schneider, Petrolowitsch, Predescu etc., folosirea termenilor de :

1) *„psihopatie" sau personalitate psihopată :*

— pentru desemnarea întregii categorii nosologice ; (similară cu : „psihopatie vera", „de nucleu") manifestările pentru dizarmonice ale personalității determinate de factorii constituționali eredo-genetici a căror acțiune este de obicei asociată cu cea a unor factori psihogeni și sociali negativi cu rol favorizant, precipitant, agravant, declanșator ;

2) *„dezvoltare psihopatoidă"* (similară cu : „psihopatie marginală", „periferică", „dezvoltare patologică a caracterului", „dezvoltare psihogenetică") în care rolul patogenic principal îl au factorii peristatici psihosociogeni, la a căror acțiune de durată, se adaugă deseori influența sinergică a unor particularități constituționale care în mod probabil n-ar fi dobîndit altfel expresivitate clinică ;

3) *„stare psihopatoidă"* (similară cu : psihopatia „secundară", „organică", „simptomatică", sau „pseudopsihopatie") și care ar implica :

A — modificări temperamental-caracteriale exteriorizate comportamental aberant și cu caracteristici clinice, deci asemănătoare psihopatiei propriu-zise (nucleare), manifestări dizarmonice instalate ca o stare patologică permanentă dar secundare (consecutive) unor afecțiuni somatice sau psihice :

A.1. *Suferințe somatice*, adesea cu răsunet lezional-cerebral (traumatisme cranio-cerebrale, procese toxice, infecțioase, etilism cronic, discrinii) și care în raport cu momentul acțiunii agresive a factorului patogen dau posibilitatea diferențierii a 2 grupe: A.1.a.) *„stări psihopatoide de dezvoltare"*, în cazul în care noxele au acționat în perioada ante-, intr-, și post natală în primii trei ani ai copilăriei. A.1.b) *„stări psihopatoide prin regresie psihică"*, în cazul cînd noxele acționează după consolidarea și maturizarea psihică determinînd modificarea dizarmonică a unei personalități anterior normale.

A.2. *Psihice*, — stări psihopatoide reziduale postprocesuale schizofrenice, maniacale, melancolice etc.

Pentru realizarea unificării terminologiei, este de asemenea recomandabil, după unii autori, să se prefere cele trei denumiri menționate și nu sinonimele lor, dar care pot fi însă reținute doar pentru interpretarea corectă a stărilor desemnate sub diferite denumiri în literatura de specialitate națională și internațională.

În ceea ce privește terminologia folosită pentru cel de al doilea termen, de calificare a varietăților clinice ale personalității psihopatice (patologice), aceasta este direct legată de modul în care a evoluat studiul formelor clinice :

— frecvent primele descrieri erau bazate pe o stare considerată ca predispoziție spre... (nevroză, psihoză etc.), împrumutîndu-se *personalității* numele afecțiunii al cărui teren se considera că-l constituie : personalitate astenică, cicloidă, schizoidă, paranoidă, epileptoidă etc. ;

— alteori, s-a descris personalitatea ale căror elemente reproduceau „à minima" simptomatologia unei nevroze sau psihoze : *personalitate obsesională, fobică, hipomaniacală, depresivă (distimică)* etc. ;

— iar alte denumiri provin din desemnarea caracteristicilor predominante ale tabloului clinic (personalitatea anxioasă, mitomană, perversă) sau sînt expresia concepției patogenice pe care se bazează : psihanalitică — *caracter anal, caracter oral, narcisic, fobic* etc. ; psihofiziologică — *personalitate dezechilibrată* etc.

Se constată, atît pe plan național ca și la nivel internațional cele mai mari dificultăți în stabilirea, în cadrul studiilor epidemiologice a ponderii psihopatiei în ansamblul structurii generale a morbidității prin boli psihice, această incertitudine a datelor epidemiologice privind frecvența psihopatiei, fiind întîlnită chiar și în țările cu școli psihiatrice de mare prestigiu și cu vechi tradiții de evidență a bolnavilor psihici. Ceea ce decurge de aici este discrepanța indicilor statistici raportați la diferite țări. Notăm, pe de altă parte, că în timp de război, numărul bolnavilor de psihopatie este foarte mic, așa cum rezultă din consulatarea diferitelor surse și statistici provenite din diferite țări, fapt care s-ar explica prin aceia că în timp de război descărcările *impulsive* și *maligne* a acestor persoane nu apare ca un comportament aberant,.

Factorul esențial care generează această situație îl constituie lipsa unui consens unanim asupra semnificației conținutului și limitelor conceptului (noțiunii) de psihopatie, a terminologiei folosite pentru desemnarea psihopatiei, ca și a lipsei unor criterii omogene de stabilire a diagnosticului pozitiv și diferențial de psihopatie și deci de delimitare a acesteia de alte entități nosologice. Absența acestui acord unanim a avut și are și în prezent drept consecință, pe lîngă multitudinea termenilor folosiți pentru denumirea personalităților patologice sau

psihopatice, tendința unor școli și orientări psihiatrice de a limita, justificat sau nu, diagnosticul de psihopatie la un număr redus de cazuri (fie „constituționale", fie „antisociale" etc.), sau, dimpotrivă, tendința de a-l extinde exagerat peste limitele sale reale, cuprinzînd, inclusiv stări prepsihotice, psihotice, debilitate mintală de limită superioară sau stări discomportamentale post procesuale etc., ceea ce are ca efect imprecizia datelor statistice ecologo-epidemiologice.

Pe de altă parte există o influență directă a particularităților specifice anumitor forme clinice de psihopatie în ce privește depistarea și stabilirea datelor de epidemiologie. *Astfel, în acord cu Petrilowitsch : „trebuie să fim foarte atenți la aprecierea directă a psihopaților, deoarece la psihiatru ajung foarte puțini dintre ei : anankastul nesigur vine singur la medic, expansivul hipertimic ajunge foarte rar, doar cînd intră în conflict prea violent cu mediul. De cele mai multe ori, acesta, dar și societatea îl consideră „sănătos tun". Trebuie să ne ferim să definim psihopatia numai în cazul implicației ei legale, deoarece în acest fel o imensitate de cazuri rămân în afară"*. (subl. ns. — M.Ș.).

EPIDEMIOLOGIA PSIHOPATIILOR

Noţiune viu controversată, psihopatia este tulburarea psihică la interferenţă cu normalitatea, iar studiul ei a fost abordat din puncte de vedere biologice, psihologice, sociologice cu toate implicaţiile pe care le presupun şi cu concluzii de ordin medico-social dintre cele mai diverse şi contradictorii.

În acelaşi timp capitolul despre psihopatii evidenţiază şi demonstrează în mod neîndoielnic caracterul de sinteză multidisciplinară a psihiatriei în raporturile sale cu celelalte discipline biologice, psihologice şi sociologice care se ocupă cu studiul omului.

Majoritatea autorilor clasici şi contemporani admit în mod unanim punctul de vedere determinist biogen, eredo-constituţional sau cîştigat în cursul copilăriei, în procesualitatea psihopatiei, subliniindu-se totodată defectivitatea sentimentelor moral-sociale (moral insainity) şi dezvoltarea relativ satisfăcătoare a funcţiilor de cunoaştere.

În urma folosirii unor concepţii biologizante, psihologizante, sociologizante sau etiopatogenice în literatura psihiatrică s-au acumulat o serie de denumiri prin care se desemnează psihopatia, denumiri care, din punctul de vedere al sferei şi conţinutului lor noţional sînt de un polimorfism extrem atît calitativ cît şi cantitativ. Reţinem în acest sens denumirile de : moral insanity, moralische krankheiten, personalităţi psihopatice, constituţii psihopatice, perversitate constituţională, personalităţi patologice, personalităţi anormale, personalităţi anormal-patologice, tulburări de personalitate, personalităţi dezechilibrate, dezechilibru psihic, invaliditate morală, anetopatii, caractere patologice, anomalii de caracter, tulburări de caracter, caracteriopatii, nevroze de caracter, sociopatii, sindroame psihopatice, reacţii psihopatice, dezvoltări psihopatice, milioze, etc.

Dificultăţile încadrării nosologice ţin de faptul că acordându-se o importanţă diferită factorului biogen, psihogen sau sociogen, în determinismul comportamentului aberant psihopatic nu se poate ajunge „la o analiză plurifactorială concomitent sidromatică, etiopatogenică şi socială în delimitarea manifestărilor psihice morbide" cu punct de plecare de pe fundamentul bio-psiho-social al personalităţii umane şi utilizând în aprecierea comportamentului criteriile intensităţii, duratei şi semnificaţiei pentru a-l deosebi de comportamentul uman normal.

Sublinierea caracterului predominant biogen, eredoconstituţional sau cîştigat a „psihopatiei vera sau nucleare", impune cu necesitate evidenţierea diferenţelor calitative faţă de stările „caracteriopatice" (tulburări de comportament sau caracteriale) dezvoltate sub influenţele negative sau vicioase ale *mediului social, fără defectivitatea sentimentelor morale*", diferenţe care solicită acţiuni corective, fie cu caracter principal bio-medical, fie, respectiv, psiho-pedagogice.

Explorările morfo-funcţionale actuale permit a diferenţia din punct de vedere etio-patogenic comportamentul aberant. Astfel, în cadrul „psihopatiei vera" apar perturbări morfo-funcţionale la examenele electroencefalografice, pneumoencefalografice sau aberaţii cromozomiale evidenţiate prin tehnicile de cercetare genetică.

Studiile electroencefalografice relevă configuraţii de imaturitate corticală într-un procent de 50—75%, reprezentate prin disritmii dezordonate şi predominanţa undelor delta. Ceea ce este mai important încă explorările pneumoencefalografice evidenţiază atrofii cortico-subcorticale într-o proporţie de 50—65%.

Watterson (1942) arată că cu cît comportamentul este mai agresiv, cu atît traseul EEG este mai bogat în anomalie. Imaturitate electrică a creierului la copii 65% din traseele EEG ale psihopaţilor sînt anormale ; disritmii 48%.

Leonardo (1947) : disritmii ce amintesc pe cele din epilepsia interparoxistică, unde lente frontale, activitate teta, răspuns anormal la hiperpnee.

Silverman (1949) şi Stafforf Clark şi colab. (1951), arată că anomaliile EEG nu pot tranşa caracterul de normal sau anormal prin ele însile şi nu au legătură cu comportamentul antisocial sau psihopatic, ci numai cu tensiunile cerebrale.

Hughes J. R., Means C. D. şi Steel B. S. (1965) au găsit la copii cu tulburări de comportament vîrfuri pozitive. Aceşti

copii acuzau fenomene de tip vegetativ şi au comis acte neaşteptate împotriva unor persoane, fără a avea nici o remuşcare. Altă categorie aveau EEG normală şi manifestau acte de lenevie, furt şi tulburări organice. A treia categorie de copii prezentau anormalităţi EEG altele decît vîrfurile pozitive şi aveau false accese de mînie în copilăria mică, Q.I. scăzut, întîrzieri de lectură şi atacuri asupra persoanelor.

N. Schlange, studiind EEG la 373 de copii cu tulburări de comportament în vîrstă de 0,4, 5 şi 8 ani, a găsit 5 grupe : 1) grupă cu paroxisme tipice cu complex vîrf-undă ; 2) curse EEG în general foarte întîrziate ; 3) curbe puternice disritmice fără hiperventilaţie, dar uneori cu vîrf-unde ; 4) curbe disritmice cu schiţe neparticularizate ; 5) curse regulate în acord cu vîrsta.

Autorul consideră grupele 1, 2 şi 3 ca patologice, iar 4 şi 5 ca normale. Excluzînd copiii cu epilepsie, imbecilitate şi idioţie, autorul arată că există o corelaţie semnificativă între aspectul patologic al EEG şi traumatismul cerebral, modificările patologice, neurologice şi tulburările de comportament. Autorul este pentru tratament antiepileptic în cazul grupelor 1, 2, 3 şi 4 de modificări EEG dacă observaţia clinică şi psihologică arată modificări centrale, chiar dacă nu sînt localizate.

De asemenea, Davidson, Lewis, Hoch, au efectuat studii EEG la psihopaţi pentru a demonstra existenţa leziunilor organice.

Se ştie însă că „pe un fond encefalic deficient, tulburările de comportament se manifestă de o manieră mai evidentă sub influenţa factorilor sociali negativi, îndeosebi în stadiul formării caracterului".

Aşa cum nu trebuie să confundăm psihopatia vera cu caracteriopatiile, în aceeaşi măsură sîntem obligaţi să distingem aceste două noţiuni de *„sindromul psihopatoid"* (sau *caracteriopatoid)*, ca aspect secundar — de faţadă — în cursul psihozelor oligosimptomatice, sau ca expresie a sechelelor encefalopatice în care găsim manifestarea aberantă dar totdeauna secundară apărînd pe fondul unei boli psihice sau a unei suferinţe cerebrale evidente la examenul clinic obişnuit.

Cea mai frecventă confuzie se face între nevroze şi psihopatii iar pentru unii autori aceste noţiuni sînt sinonime, atît pentru faptul că în ambele nu este alterată conştiinţa cît şi pentru că au un caracter constituţional şi una şi alta. Dar, aşa cum subliniază cei mai mulţi autori, implicaţiile antisociale constituie trăsătura caracteristică de manifestare comportamen-

tală în cazul psihopatiei din cauza preocupărilor „egofile" dezinhibate, în timp ce comportamentul nevroticului este marcat de frica de a nu fi implicat în acțiuni cu caracter social negativ ca urmare a stării de contractură penibil ideo-afectivă „egofobică".

Psihopatologic, psihopatia, în opinia lui P. Brânzei, se caracterizează prin următoarele trăsături dominante : cronicitatea dizarmoniei personalității (care devine manifestă în perioada dezvoltării infantilo-juvenile), egofilie pînă la obtuzie afectivă, malignitate, psihoplasticitate morbidă cu mare forță de inducție, ceea ce-i conferă un maximum de nocivitate socială, defectivitatea sentimentelor moral-sociale prin hipogenezie pînă la agenezia lor (idiotie morală), dezinhibare și pervertire instinctiv-emoțională cu eliberarea instinctului de libertate, domomanie sau vagabondaj, onirofilie, agresivitate, denaturări erotice.

Datele enunțate mai sus au drept țel de a atrage atenția asupra necesității de a păstra o atitudine de maximă exigență în elaborarea diagnosticului de psihopatie care presupune aceiași maximă responsabilitate socială și profesională, ca și împotriva tendințelor de extindere a acestei noțiuni asupra unor reacții comportamentale, normale dar pasagere, care pot apare mai ales în perioada de edificare a personalității, în perioada infantilo-juvenilă ca și asupra unor trăsături particulare temperamentale a unei persoane normale.

În același timp sensul celor expuse demonstrează necesitatea măsurilor psiho-pedagogice, pînă la un oarecare punct, cu rezultate favorabile chiar în cazul psihopatiei vera, cunoscînd că educația constituie modalitatea universală de corecție a unei persoane în ansamblul umanității.

Menționăm că statistica comportamentului aberant este unul dintre cele mai contradictorii capitole ale psihiatriei sociale.

O. V. Kerbikov (1962), pe baza datelor obținute din cercetarea evidențelor bolnavilor din dispensarele și clinicile de psihiatrie, psihopatiile reprezintă 5% în timp ce E. D. Sokolova, V. M. Șumakov și colab., găsesc un indice de 4,3% iar I. Harvai (1968) înregistrează 10,04% din totalul pacienților din staționarele psihiatrice. W. Bräutingam (1968), din totalul personalităților patologice aflate în evidență psihiatrică, raportul femei-bărbați este de 2 : 1, în timp ce la populația infantilă aflată în evidența dispensarelor incidența este de 3 ori mai mare comparativ cu adulții.

B. D. Petrakov (1972), studiind ecologo-epidemiologia psihopatiilor într-un număr de 15 țări, după datele statistice ale acestor țări, în perioada 1960—1969, evidențiază o valoare statastică ce oscila între 0,7—31,1‰ de locuitori. G. Vaillant și J. Perry dau o cifră ce ascilează între 5—15‰, în rîndul populației adulte. (apud, A. B. Sumelevici).

A. S. Henderson, efectuează un studiu operațional asupra incidenței bolilor psihice la adolescenți de 14—19 ani din Edimburg, examinați psihiatric în perioada 1 iulie 1964 — 30 iunie 1965. Autorul arată că la recensămînul din 1961 populația Edinburgului era de 468.361 locuitori, dintre care 41.070 adolescenți între 14—19 ani (19.912 băieți și 21.158 fete). În cursul anchetei, incidența celor examinați de un psihiatru a fost de 5,6‰, dintre aceștia 50% necesitînd un tratament spitalicesc. Aproximativ 30% din cazurile în evidență prezentau tulburări de comportament. Autorul constată că în 29% din cazuri erau fete și în 21,8% băieți. Pentru băieți nivelul maxim de incidență a fost vîrsta de 14 ani și a scăzut către 18 ani aproape de zero, în timp ce pentru fete nivelul maxim de incidență a fost vîrsta de 15 ani și a scăzut la același nivel ca la băieți la vîrsta de 19 ani.

Diagnosticul de personalitate anormală pentru ambele sexe crește cu vîrsta și are un indice de prevalență la băieți de 18,6‰ în raport cu fetele de 10,6%.

Țara	Anul	Diagnosticul:	
		Tulburări de personalitate	Psihopatii
1	2	3	4
Germania	1929	7,7	0,7
Danemarca	1935	3,2	3,2
S.U.A.	1936	50,7	4,5
	1938	4,5	24,2
	1950	6,6	—
	1955	51,6	—
	1965	55,0	30,0
Suedia	1944	9,3	2,4
Anglia	1962	30,0	5,0

Dimitriev B. studiind răspîndirea bolilor psihice în unele țări în ultimii 50 de ani, constată în ce privește tulburările de personalitate și psihopatiile, următoarea distribuție la o populație de 1.000 locuitori.

Dificultățile întîmpinate în elaborarea diagnosticului de psihopatie, așa cum se observă mai sus fac ca valorile să oscileze pentru tulburările de personalitate de la un indice de prevalență la o mie de locuitori de la 3,2 pînă la 55 iar pentru populație de 1 000 locuitori.

Același autor efectuînd un studiu asupra oscilației indicelui de răspîndire a bolilor psihice în diferite perioade de timp, constată pentru psihopatii și tulburări de personalitate o oscilație statistică importantă.

Diagnosticul	1929—1940	1945—1965	1955—1965
Tulburări de personalitate	3,2—59,1	9,3—51,6	6,6—55,0
Psihopatii	0,7—24,2	0,5— 8,5	5,0—30,0

Din acest tabel rezultă că în timp ce dinamica indicelui de morbiditate la 1.000 locuitori în diverse perioade de timp a fost de 3,2—39,1‰ pentru tulburări de personalitate și de 0,7—30‰ pentru psihopatii.

În ce privește repartiția în rîndul populației urbane și rurale, Dimitriev B. constată următoarele valori la 1.000 locuitori :

Diagnosticul	Populație urbană	Populație rurală
Tulburări de personalitate	15,5—60,0	6.5—30,0
Psihopatii	0,7—30,0	0,4—24,2

Din studiul structurii morbidității psihice în Franța în cursul anului 1960, rezultă că diagnosticul de psihopatie a reprezentat 5,6% din totalul internărilor, dintre care 6,5‰ bărbați și 4,8% femei.

Pentru același an, 1960, în Elveția, internările pentru prima oară cu diagnosticul de psihopatie a reprezentat 7,36% dintre care un procent de 50% l-au reprezentat bolnavii în vîrstă pînă la 30 ani.

Internările pentru prima dată cu diagnosticul de „personalitate psihopatică" : în 1967 în Franța au reprezentat 6,4% dintre care 7,1% bărbați și 5,7% femei.

Un studiu efectuat asupra morbidității psihice în Elveția în perioada 1950—1954 comparativ cu 1960—1964 arată următoarea distribuție statistică la 100.000 locuitori și pe grupe de vîrstă, pentru „tulburările constituționale", în care sînt cuprinse tulburările caracteriale sau psihopatice, deviațiile sexuale ca și alte tulburări de comportament.

Din tabelul de mai jos, rezultă o reducere a tulburărilor constituționale între 20—39 ani la bărbați și 20—59 ani la femei în perioada 1960—1964 în raport cu perioada 1950 —

Anii	1950—1954					
Grupa de vîrstă	pînă la 19 ani	20—29	30—39	40—49	50—59	peste 60 ani
M.	8,3	40,0	25,4	15,4	12,6	5,0
F.	5,0	17,0	11,1	10,6	6,9	4,2
	1960—1964					
M.	8,4	27,0	16,0	14,6	9,4	5,0
F.	5,2	17,0	6,6	6,0	3,3	2,9

1954, dar în ambele perioade se observă o incidență semnificativ mai crescută la bărbați în raport cu femeile și îndeosebi în perioada 20—29 ani.

După datele lui Lang numărul copiilor și adolescenților cu tulburări de comportament cu acte delictuale ar reprezenta o frecvență de 5—10% în timp ce Abramson în Franța, le consideră pînă la 25%. După Cohan, delicvența juvenilă ca expresie a tulburărilor de comportament ar reprezenta pentru S.U.A. un procent de 2%, iar în 1961, conform datelor O.M.S., ar fi de 1,2% pentru Anglia, în timp ce Heuyer, pentru Franța, în 1967, consideră că incidența ar fi de 0,6—0,8%.

Studiul ecologic în perioada infantilo-juvenilă aduce date importante privind condițiile psiho-sociale de formare și dezvoltare a personalității.

Astfel, R. Sadoun, în cursul anilor 1960—1961 a studiat un număr de 450 dosare a unui centru de sănătate mintală din Paris, dintre care 63% băieți și 37% fete, iar dintre ei 92,7% cuprinși între vîrsta de 5—16 ani. Autorul constată că în ce privește condițiile familiale, 7,34% nu locuiau cu niciunul din părinți, 13,11% locuiau numai cu unul din părinți. În total, 4/5 din totalul copiilor și adolescenților locuiau cu părinții, dintre care 89% părinți naturali și 11% cuplu reconstituit. În peste 52,45% din cazuri, copiii au fost aduși la Centrul de sănătate mintală de către școală pentru dificultăți școlare.

O anchetă efectuată la Stockholm pe un grup de 238 copii între 8—16 ani privind datele psiho-sociale asupra mediului familial, constată următoarele rezultate : 21% dintre copii sînt foarte bine adaptați ; 23% sînt bine adaptați social ; 31% au o adaptare satisfăcătoare ; 23% sînt adaptași mediocru și au nevoie de un tratament, iar 2% au prezentat fenomene manifeste de dezadaptare, care au impus o spitalizare. Concluziile anchetei sînt acelea că tulburările psihice ale mamei, alcoolismul și delicvența tatălui, par să contribuie la dificultățile de adaptare în perioada infantilo-juvenilă.

Se apreciază că după numărul internărilor pentru prima dată în spitalele civile de psihiatrie, numărul psihopaților a fost de 2% în S.U.A., 3% în Danemarca, 2,3% pentru adolescenți în R.F.G., 2,5% în Elveția. În raport de numărul de locuitori, psihopații reprezintă 5‰ pentru Anglia în perioada 1961—1962 și 30‰ pentru S.U.A. în 1964—1965.

I. Gregory (1961), apreciază că printre delicvenți, proporția psihopaților a fost de 17,7—26% (cf. V. A. Gurieva și V. I. Ghindinkin — Jurnal S.S. Korsakov, nr. 7, 1968).

În Anglia, o anchetă efectuată pe un număr de 57.000 elevi, din care s-a luat un lot reprezentativ de 883 unități, ajunge la următoarele concluzii : 77,3% dintre copii nu prezintă dificultăți de adaptare ; 5,6% nu prezintă fenomene dezadaptative dar locuiesc într-un mediu social patologic ; 5,3% necesită modificări în situația școlară fără a prezenta tulburări de comportament ; 9,1% sînt probabil inadaptați iar 2,7% sînt inadaptați și impun măsuri de asistență medicală specializată.

Rezumînd, după May Davidson, datele anchetelor ecologice efectuate, constatăm următoarele :

Oraşul	Urban sau rural	Efectivul eşantionului	Vîrsta copiilor în ani	Sexul	Procentajul copiilor care au avut nevoie de o anchetă şi de îngrijiri din partea unui centru de îndrum. infantilă
Helsinki (Finlanda)	urban	250	5—6	M şi F	15,5
Samsoe (Danemarca)	rural	122	10	M şi F	15,5
Stockholm (Suedia)	urban	222	8—16	M	25,0
Enchede (Olanda)	urban	1495	7—8	M şi F	5,4
Birmingham (Anglia)	urban	1364 (părinţi) 2264 (institutori)	6,9	M şi F	29,0 (rapoartele părinţilor) 15,8 (rapoartele-institutorilor)
Somerset (Anglia)	rural şi urban	883	6,9 şi 13,0	M şi F	11,8

S.Duchery şi Y. Vestris, examinînd tineri cu acte infracţionale în vîrstă de 14—21 ani, constată că în 40% din cazuri părinţii locuiesc împreună şi din această grupă 33% locuiau la părinţi şi 7% în afara familiei. În restul de 60% familiile erau anormal constituite, dintre care părinţi divorţaţi în 26%, un singur părinte în 29% şi familie inexistentă în 5% din cazuri. Important de semnalat, aşa cum remarcă autorii, în 80% din cazuri minorii nu locuiau în condiţii normale.

P. Brânzei şi colab., studiind un număr de 315 bolnavi internaţi cu psihopatii relevă dificultăţile manifeste îndeosebi în perioada diferenţierii productive şi în raport cu complexitatea exigenţelor sociale. Urmărind dinamica internărilor pe grupe de vîrstă, autorii constată că au necesitat internarea 17%, între vîrsta de 17—20 ani, 47% între 20—30 ani, 19% între 30—40 ani, 9% între 40—45 ani şi 5% peste 50 ani. De remarcat că 15% dintre psihopaţii internaţi au necesitat

recomandarea schimbării profilului de muncă pentru dificultăți adaptative. Structura psihopatică s-a obiectivat în 36% din cazuri prin acte antisociale de gravitate diferită, iar incidența narcofilică a fost de 39,5%.

V. Predescu și colaboratorii, efectuînd un studiu pe 215 copii cu tulburări de comportament în vîrstă de 7—16 ani internați în clinica de psihiatrie București, constată un intelect normal la 64,6% și debilitate mintală ușoară în 35,4% din cazuri. Pe lîngă antecedentele patologice pre și perinatale pe care autorii le înregistrează în 42% din cazuri, se remarcă faptul că alături de aceste condiții un rol negativ l-a avut condițiile necorespunzătoare familiale, cu o incidență de 69% în cazul copiilor cu intelect normal. În același timp, autorii consideră că la bolnavii cu antecedente încărcate pre și perinatale tulburările de comportament apar în primii 5 ani de viață într-o proporție de 58—70%.

C. Oancea și colab., studiind vîrsta de apariție a tulburărilor de comportament pe un lot de copii și adolescenți cuprinși între 5—16 ani constată următoarele : pînă la 5 ani 200 de copii (49%) ; între 5—6 ani 29 (7,1%) ; pînă la 7 ani (6,6%) ; între 8—12 ani 117 (28,3%) ; după 13 ani 35 (8,6%). Se constată importanța deosebită a vîrstei preșcolare în apariția tulburărilor de comportament ; pubertatea apare mai mult ca un factor agravant al tulburărilor preexistente. Analiza distribuției pe sexe în funcție de vîrsta de apariție a tulburărilor scoate în evidență faptul că la băieți ele debutează predominant în perioada preșcolară (60%), iar la fete mai mult după începerea școlarizării. La fete vîrsta pubertară are o mai mare pondere în declanșarea tulburărilor de comportament (date asemănătoare sînt găsite de alți autori în problemă).

Se consideră că la fete ar exista o vulnerabilitate mai mare la această vîrstă, legată probabil de restructurările profunde în echilibrul biologic și neuropsihic.

S-a studiat modul de constituire în timp al tulburărilor de comportament ; la majoritatea copiilor ele au debutat lent, insidios, în decurs de ani. S-a realizat mărimea intervalului de la apariția tulburărilor pînă la internarea în spital. Acest interval este foarte variabil. Astfel, la 59 de cazuri (14,4%) e sub 1 an ; la 146 de cazuri (35,9%) între 2—5 ani ; la 203 cazuri (49,7%) peste 5 ani. Mărimea lui se află în raport invers proporțional cu vîrsta de apariție a tulburărilor. Cînd boala începe timpuriu, internarea survine

în majoritatea cazurilor după un interval de peste 5 ani. La pubertate, bolnavii sînt aduşi de obicei în primul an de la apariţia tulburărilor. Autorii explică toleranţa atît de variată a mediului prin structura simptomelor de debut ; astfel, la preşcolar ele constau în instabilitate, irascibilitate, reacţii violente de opoziţie, manifestări întrucitva apropiate de fenomenele normale ale etapei de vîrstă, ceea ce le face mai suportabile.

La pubertate, boala începe spectaculos, cu fenomene grave, cu implicaţii sociale, ceea ce precipită intervenţia familiei şi internarea. O atenţie deosebită trebuie acordată cazurilor la care tulburările apar devreme, din perioada preşcolară (din care se recrutează de obicei viitorii psihopaţi). Debutul precoce încă din epoca primelor măsuri educative, primele interdicţii, sugerează o reactivitate modificată care se interferează cu formarea bazei afectiv-volitionale a caracterului, cu conturarea sentimentelor, exersarea inhibiţiei condiţionate.

Constituirea lentă cu agravarea treptată, în ani de zile, presupune cel puţin în parte intervenţia unui mecanism de condiţionare.

Cravceschi O. şi colab., analizînd un număr de 112 cazuri cu tulburări de comportament, constată că vîrsta cea mai frecventă de manifestare este prepubertatea şi pubertatea (46,4%), urmată de adolescenţă (44,6%), cu o frecvenţă mai crescută la băieţi (76,7%), proveniţi de obicei din mediul urban (76,7%) şi pentru care mediul familial dezorganizat sau traumatizant a avut o influenţă negativă în 43,7% din cazuri.

Iacovisac C., abordînd unele probleme ale reeducării şi integrării sociale a minorilor delicvenţi constată că aceştia au provenit în 30% din cazuri din familii dezorganizate, în 40% cazuri din familii care nu au asigurat supravegherea minorilor, iar în 5% aceştia proveneau din familii în care părinţii sufereau de alcoolism sau care au comis acte infracţionale. În ce priveşte situaţia şcolară a minorilor delicvenţi, autorul constată că sînt analfabeţi 5%, iar 1—4 clase au 48% şi 5—6 clase 30%.

Th. Stoinescu, I. Micu, F. Cruceanu, au analizat clinico-statistic două aspecte din problematica psihopatiei : a) raportul de frecvenţă în staţionar la internările obişnuite faţă de psihonevroze şi alte maladii psihice la un lot de 724 cazuri feminine provenite din oraşul Sibiu în anul 1965 ; b) raportul de frecvenţă din cadrul altui lot de 402 cazuri bărbaţi, trimişi de autorităţi pentru expertiză psihiatrică în urma

acțiunilor antisociale. S-a constatat că la internările obișnuite procentajul de psihopatie la salariate a fost de 20%, la casnice de 3% și la pensionare de 4%, încît se deduce că pentru această grupă psihopatia nu reprezintă o problemă. La grupa bărbați, față de acțiunile antisociale la categoria furt, psihopatia este afecțiunea de vîrf, reprezentînd 16%, iar tulburările de comportament au fost de 15%. La categoria huliganism, reacțiile impulsive psihopatice au fost de rangul II cu 22% față de cele rezultate din intoxicația alcoolică de 27%, iar tulburările de comportament numai 6%. Pentru furt s-a stabilit atît clinic cît și din dosarele de anchetă, că atît psihopații cît și cei cu tulburări de comportament au săvîrșit infracțiuni minore, ce au fost însoțite de o motivare personală în oarecare măsură conștientă de a maximaliza plăcerea ca să-și procure anumite satisfacții într-un mod destul de naiv, avînd un grad necorespunzător de înțelegere și integrare a eticei sociale.

În „Situația actuală a bolilor psihice" încheiată la sfîrșitul anului 1971, comisia de psihiatrie a Ministerului Sănătății, constată că în cadrul morbidității cu incapacitate temporară de muncă, creșterea morbidității psihice în ultimii ani, se realizează în special pe seama nevrozelor și psihopatiilor (decompensărilor psihopatice).

Fenomenul este similar în cadrul morbidității cu invaliditate așa cum reiese din ancheta asupra stării de invaliditate (pe 150 de cauze) din Municipiul București, efectuat în 1968 și din care rezultă că cele mai frecvente afecțiuni psihice invalidante, sînt nevrozele și psihopatiile, reprezentînd 67% din totalul afecțiunilor psihice invalidante și 12,8% din totalul invalidității generale.

Cu ocazia unei acțiuni speciale de revizuire a pensionarilor de invaliditate din București, efectuat în 1971 în IERCM asupra unui lot de 250 bolnavi psihici, se constată un procent de 20% de cazuri de decompensări pe fond psihopat. Alți autori extrag din datele a 3 servicii de expertiză medicală din Brașov, un procent de 10,9% psihopatii.

Într-un studiu efectuat în I.E.M.R.C.M. în 1974, privind evaluarea capacității de muncă și reîncadrarea socio-profesională a deficienților cu psihopatii și stări psihopatoide, s-au înregistrat și sintetizat datele existente (în anuarie 1974) la cele 8 sectoare din București, privind morbiditatea specifică cu invaliditate prin psihopatii și stări psihopatoide, pe baza cărora se pot releva următoarele aspecte mai importante :

— grupul în ansamblu totaliza 1098 de cazuri, cuprinzînd 78,6% psihopatii și 21,4% stări psihopatoide ;

— ponderea cea mai mare o aveau psihopatiile polimorfe (25%) și „simple" (fără specificarea formei), (24%), urmată de cele instabile (17%) ; ponderea cea mai redusă este reprezentată de psihopatiile isterice, psihastenice și paranoiace (fiecare cîte 3%) ; pentru subgrupul de sex masculin se constată o creștere a ponderii formelor impulsive și paranoide, iar pentru femei cele isterice ;

— predomină femeile în raport cu bărbații (70,5%) față de (29,5%), deși cu o pondere relativ mai redusă, decît cea întîlnită în nevroze (conform studiilor anterioare).

— marea majoritate a cazurilor se situează între 31—50 ani (37,7%) și cu predominență între 41—50 ani (61,4%) ; în mod particular pentru cele 2 sexe se evidențiază un procent mai crescut de invalidare pentru femei de 31—40 ani (30%)

— se constată o relativă predominență a încadrării în gradul II de invaliditate (56%) față de gradul III (44%) ; în raport cu formele clinice, cele mai mari procente ale încadrării în grupul II de invaliditate corespund psihopatiilor paranoiace și impulsive, urmată de cele astenice (inclusiv schizoide) și timopate ; în grupul III de invaliditate frecvența cea mai mare o dau psihopatiile instabile ; în raport cu cele 2 sexe, se relevă o creștere a ponderii gradului II față de III la bărbați (68,7% față de 31,3%) și fenomenul invers la subgrupul de femei (51%) față de (49%) ;

— dintre cei cu gradul III de invaliditate numai 32,8% sînt încadrați într-o activitate profesională și dintre aceștia 59% sînt între 41—50 ani și 33% între 31—40 ani ; în raport cu formele clinice, psihopatiile timopate și psihastenice (60%), urmate de cele astenice — inclusiv schizoide (48%), dau cea mai mare fracvență a cazurilor de încadrare profesională ; psihopatiile isterice, dimpotrivă, oferă procentul cel mai crescut de pensionari cu gradul III de invaliditate, care nu lucrează (89,5%) ; în urma lor se situează psihopatiile paranoiace, impulsive și polimorfe (71%) ; în raport cu sexul, remarcăm o creștere a celor care lucrează la bărbați față de femei (43,5%) față de (32,6%).

Lotul investigat cu ocazia studiului menționat a cuprins în final, 176 de persoane. Menținîndu-se proporțiile diverșilor parametri urmăriți, în raport cu colectivitatea de bază, caracteristicile de structură ale lotului, au fost în consecință similare cu cele enunțate pentru colectivitatea de bază, cu unele

excepţii : diferă ponderea diverselor forme clinice de psihopatii şi stări psihopatoide ; constatarea prezenţei în lotul investigat a unui număr de 50 de nevroze şi dezvoltări nevrotice (—45). Această diferenţă care se bazează în fond pe stabilirea unui diagnostic clinic diferit, la acelaşi bolnav (şi de foarte multe ori cu schimburi frecvente de diagnostic de la o revizuire sau internare la alta), ar putea fi explicată printr-o serie de cauze ca :

a) lipsa unor criterii unitare de stabilire a diagnosticului în această grupă de afecţiuni ;

b) dinamica reală a evoluţiei structurii personalităţii psihopatice şi a interacţiunii complexe dintre forma decompensării şi cea a fondului dizarmonic, dintre ceea ce predomină în tabloul clinic într-o anumită etapă şi „radicalii constanţi" (Binder) ai fiecărui model clinic, potenţarea reciprocă a factorilor interni şi a condiţiilor de mediu, modificările legate de perioadele critice de dezvoltare etc. ;

c) dificultăţile practice, de delimitare, în anumite cazuri a psihopatiei de alte forme nosologice, de ex. : de dezvoltările nevrotice (şi în special de cele obsesivo-fobice) ;

d) distribuirea cazurilor diagnosticate în reţeaua de expertiză ca „psihopatii" (fără enunţarea formei clinice), conform cu forma clinică stabilită în I.E.M.R.C.M.

Din sintetizarea datelor examenului clinic psihiatric efectuat în I.E.M.R.C.M., se constată următoarea structură a lotului investigat, în raport cu diagnosticul clinic :

— numai în 70% din cazuri diagnosticul a rămas cel de psihopatie ; în majoritatea celorlalte cazuri diagnosticul stabilit a fost de „dezvoltare nevrotică" ;

— din cadrul grupului în care diagnosticul de psihopatie s-a menţinut, ponderea cea mai mare o dau formele astenice (inclusiv schizoide), (26,8%), urmate de cele excitabil-impulsive şi isterice (cîte 14,6%) ; ponderea cea mai redusă este reprezentată de formele psihastenice, tipomate şi polimorfe (fiecare 6—7%) ; se poate remarca cu această ocazie, că frecvenţa diverselor forme clinice rezultată din reexaminarea unui eşantion selecţionat, efectuată în I.E.M.R.C.M. este similară cu cea găsită de o serie de alţi autori străini.

— cele mai frecvente situaţii de concordanţă, respectiv de constanţă, între diagnosticul anterior şi cel stabilit cu ocazia acestui studiu, se întîlneşte în formele clinice ; excitabil-impulsive, isterice şi astenice (inclusiv schizoide), urmate de cele paranoiace şi instabile ;

— Schimbările cele mai frecvente s-au constatat în grupa psihopatiilor polimorfe și bineînțeles a celor la care s-a omis enunțarea formei ; urmărind sensul în care se concentrează aceste modificări de diagnostic, observăm că există o tendință relativ frecventă de stabilire a diagnosticului de psihopatie polimorfă sau „psihopatie", în cazuri — după părerea autorilor — de psihopatii astenice și isterice, sau uneori de dezvoltări neurastenice ; în ceea ce privește psihopatia psihastenică, se remarcă o tendință de stabilire a acestui diagnostic mai frecvent în cazul unor dezvoltări nevrotice (în special obsesivo-fobice), sau al unor psihopatii astenice sau schizoide ; de asemenea, se evidențiază o tendință de diagnosticare ca „psihopatie" sau „psihopatie instabilă", mai frecvent unele cazuri de dezvoltări neurastenice depresive-anxioase.

Relația ecologo-epidemiologică a comportamentului aberant la populația infantilo-juvenilă din Iași

Studiul întreprins de M. Șelaru prin Serviciul Psihosocial constată că în perioada 1960—1969 din totalul de 12.485 copii și adolescenți aflați în evidența Cabinetului de Neuropsihiatrie Infantilă de la Policlinica Municipală Iași un număr de 616 (4,93%) au prezentat un diagnostic de comportament aberant.

Distribuția procentuală pe grupe de vîrstă și sex relevă următoarele valori procentuale din raportarea la totalul grupei respective (Tabelele 1 și 2).

Tabel 1

Grupa de vîrstă	M. Cifra absolută	%	F. Cifra absolută	%
0— 5	6	1,24	8	6,01
6—10	107	22,15	30	22,55
11—15	337	19,77	83	62,40
15	33	6,83	17	9,02
TOTAL	483	78,24	133	21,59

Tabel 2

Grupa de vîrstă	M. Cifra	%	F. Cifra absolută	%
0— 3	2	0,41	2	1,50
4— 5	4	0,82	6	4,51
6—10	107	22,15	30	22,55
11—12	126	26,08	28	21,05
13—15	211	41,61	55	41,35
15	33	6,83	12	9,02
TOTAL	483	78,24	133	21,59

Aşa cum se observă din tabelele de mai sus vîrsta de maximă incidenţă a tulburărilor de personalitate este cuprinsă între 11—15 ani cu o discretă prevalenţă pentru sexul masculin. Detaliind însă pe grupe de vîrstă mai mici observăm că cea mai mare incidenţă (tabelul 2) cu valori egale ca frecvenţa atît pentru sexul masculin cît şi pentru sexul feminin apare în grupa de vîrstă 13—15 ani.

Raportînd totalul cazurilor înregistrate la numărul populaţiei infantilo-juvenile a municipiului Iaşi, vom constata un indice de frecvenţă de 9,45‰ de locuitori în vîrstă de 0—19 ani.

Cercetarea noastră (M. Şelaru) privind tulburările de comportament în şcolile de cultură generală din municipiul Iaşi, pe un număr de 177 elevi (164 băieţi şi 13 fete) între vîrsta de 6—16 ani se arată următoarea repartiţie pe grupe de vîrstă :

Grupa de vîrstă	Sexul: M	%	F	%	TOTAL	
1	2	3	4	5	6	7
6—11 ani	47	28,69	4	30,77	51	28,81
12 ani	27	16,46	1	7,69	28	15,81
13 ani	31	18,90	1	7,69	32	18,07
14 ani	34	20,73	4	30,77	38	21,47
15 ani	16	9,75	1	7,69	38	21,47
16 ani	9	5,36	2	15,35	11	6,21

Din cei 177 copii şi adolescenţi remarcăm faptul că în ce priveşte situaţia mediului familial aceasta se prezintă astfel :

Sex	Tată vitreg	Mamă vitregă	Orfan de : Tată	Mamă	Ambii	Născut în afara căsătoriei	Părinţi divorţ	Adoptat	Copil unic	Total
M	21	11	7	1	1	7	13	2	19	82
F	1	—	—	1	—	—	1	—	3	6
TOTAL	22	11	7	2	1	7	14	2	22	88
% faţă de 177	12,42	6,21	3,95	1,35	0,56	3,95	7,91	1,35	12,42	49,71

Din datele noastre rezultă că peste 49,71% din totalul cazurilor studiate de noi provin din familii dezorganizate şi sînt consecinţa unor greşeli de educaţie în ce priveşte formarea caracterului în perioada de dezvoltare infantilo-juvenilă. Se desprinde de asemenea faptul că cel mai mare număr de copii cu comportament aberant se constată între vîrsta de 11—14 ani după care numărul lor scade în mod evident.

Lipsa de supraveghere şi uneori dezinteresul faţă de comportarea copiilor a fost constatată la un număr de 64 (36,15%) de cazuri, au fost abandonaţi un număr de 9 (15,08‰) cazuri, iar în 52 (29,37%) cazuri în familie s-au constatat atitudini de brutalizare a copiilor. În 20 (11,29%) cazuri familiile erau compuse din fraţi şi surori vitrege cu atitudini de părtinire din partea unuia sau altuia dintre părinţi.

Atmosfera de neînţelegere din familie manifestată prin permanente stări conflictuale (20 cazuri, 11,39%) şi toxicomanii în special etilofilia (33 de cazuri, 18,64%) au constituit după datele noastre factori inductori negativi în structurarea defectuoasă temperamentală caracterială a copiilor şi adolescenţilor în evidenţa noastră.

Reflectarea unei structuri deficitare a mediului familial se simte în comportamentul social al copiilor şi adolescenţilor manifestat prin furturi, vagabondaj, toxicomanii etc. În acest sens, noi am constatat într-un număr de 47 (26,55%) cazuri furturi, vagabondajul în 82 (46,32%) cazuri, acte de violenţă faţă de anturaj în 6 (3,33%) cazuri, toxicomanii în 17 (9,60%) cazuri.

Datele de mai sus pledează în mod evident asupra necesităţii unei atente asistenţe psiho-sociale a copiilor şi adolescenţilor reunind în acest scop familia, şcoala, serviciile şi instituţiile interesate în prezervarea sănătăţii mentale, şi a corectării prin metode adecvate a demodulărilor comportamentale.

PROBLEMELE ETIOLOGICE ALE PSIHOPATIILOR

O sistematizare a teoriilor personalității, este extrem de dificilă fiind vorba de o noțiune care deși uzuală este extrem de controversată și fără definirea clară a noțiunii de personalitate nu se poate aborda optimal studiul manifestărilor sale patologice. Subliniem prin cîteva definiții această dificultate și încercăm a desprinde îndeosebi conținutul noțiunii de personalitate. „Totalitatea individual diferențiată caracteristică a relațiilor comprehensive ale vieții psihice trăită de individ cu conștiința unui eu particular și continuu" este definiția dată de K. Jaspers. „Un sistem de atitudini și modalități voluntare de traducere a lor în viață" este în opinia lui Measișcev, iar după Allport ea este : „Configurație a unor caracteristici și modalități comportamentale individuale care determină adaptarea unicală a individului la mediul său". (Allport).

A. Porot și Th. Kamerrer definesc descriptiv personalitatea după cum urmează : personalitatea este sinteza tuturor elementelor care concură la conformarea mentală a unui subiect, spre a-i da fizionomia sa proprie. Această conformare rezultă din numeroasele particularități ale constituției psihofiziologice, a componentelor sale instinctivo-afective, ele însele alimentate prin aferentările senzitivo-senzoriale și cenestezice, a modurilor sale de reacție, a urmelor lăsate de toate experiențele trăite care au jalonat istoria sa individuală.

Dar, se înțelege, adesea, de asemeni, prin personalitate *forța de coeziune* a eului, coeficientul de rezistență, de unitate și de continuitate a structurii psihice a individului care îi permite să rămână el însuși în decursul istoriei existenței sale și în diversele medii în care ea se desfășoară. Astfel înțeleasă personalitatea se confundă cu ceea ce se numește ca-

racter şi poate fi determinată printr-o serie de probe psihiatrice.

Conceptul de personalitate este strîns legat de priza de conştiinţă şi de noţiunea de „Eu". Dar noţiunea de personalitate astfel cum a remarcat-o Th. Ribot, este mai mult decît ansamblul elementelor conştiente ale psihismului : ea cuprinde de asemenea elementele sale inconştiente. Personalitatea este individul însuşi în totalitatea sa, în continuitatea sa, în unitatea sa psiho-organică.

Personalitatea nu este *„individul"* care nu este decît un număr într-un grup sau un exemplar al speciei.

Personalitatea nu se rezumă numai la succesiunea *„personagiilor"* pe care circumstanţele sociale, familiale, profesionale sau altele ne determină să le jucăm.

Cît despre cuvîntul *„persoană"* în limbaj adiministrativ, ea nu desemnează decît individul în particularităţile sale de stare civilă sau signalectice. Există de asemenea o altă accepţiune a cuvîntului „persoană", acesta este acela de *„persoană umană"*, această entitate spirituală şi moral-conştientă de independenţa sa şi de demnitatea sa, care nu vrea să se lase absorbită şi dizolvată într-un conformism comun şi totalitar".

Bazele fundamentale ale personalităţii sînt următoarele :

1. *Unitatea* şi *identitatea* care fac din personalitate un tot *coerent, organizat* şi *rezistent ;*

2. *Vitalitatea* — ansamblul animat, ierarhizat, al cărui viaţă este condiţionată prin oscilaţiile sale interioare (endogene) şi de stimulii exteriori la care ea răspunde şi acţionează ;

3. *Priza de conştiinţă.* În virtutea simţului său cenestezic, a aferenţelor sale senzoriale multiple, a impresiilor subconştiente sau a percepţiilor conştiente, individul îşi face o reprezentare mentală a tuturor activităţilor sale fiziologice şi psihice ;

4. *Raporturile sale cu mediul ambiant.* Acest contact cu ambianţa este de cea mai înaltă importanţă. Persoana opune „Eul" său lumii exterioare şi îi dă astfel consistenţa şi limitele sale, „realizînd un schimb permanent care-i reglează comportamentul în raport cu ambianţa".

Diferitele teorii ale personalităţii par să derive astfel din diferitele puncte de vedere din care este studiată. În acest sens, o primă grupă de teorii a personalităţii — elementaristă — tinde să reducă complexitatea personalităţii la o serie de caracteristici elementare biologice, psihice sau culturale. Unele din aceste teorii sînt statice (teoriile tipologice,

ale trăsăturilor) în timp ce altele subliniază evoluţia individului (teoriile dezvoltării : psihanalitică, a învăţării, a rolurilor).

Grupa a doua — dinamică — se caracterizează prin multifactorialitatea dezvoltării istorice individuale şi a interacţiunii dinamice a elementelor structurale ale personalităţii.

În cadrul acestei grupe se pot diferenţia teoriile genetice la care interacţiunea dinamică a elementelor structurale este privită predominant sub aspectul structurii progresive de teoriile structuraliste care se deosebesc de primele prin subliniere „structurii ierarhizate" interactive, actuale, privită însă aproape totdeauna într-o perspectivă genetică. Ultima grupă din sistematica propusă, cea antropologică, se ocupă de personalitate în măsura în care aceasta vizează problematica existenţei subiectului „în lumea sa" în funcţie de scopurile şi valorile individului ca existenţă proprie şi autonomă.

Se subiliniază că de fapt nici una din teoriile personalităţii nu au realizat un model general acceptabil din cauza deficienţelor studiului personalităţii prin metoda descriptivă şi a cunoaşterii doar prin înţelegere.

Gruparea caracteristicilor (după unii autori, *sindromul personalităţii)* într-o elucidare clinică sistematică descriptiv-comprehensivă, corelată cu o evaluare cantitativă (statistică) poate constitui, în această conjunctură, scala provizorie de caracterizare a individului normal şi patologic.

Această grupare înseamnă un model coerent de organizare a trăsăturilor personalităţii, fie sub aspectul predominant structural ca : tempo-ul reactivităţii psihice, stare afectivă endotimică fundamentală şi aparat operaţional ; fie din punct de vedere predominant al conţinutului, sub forma sistemului orientativ-axiologic centrat în jurul tematicilor vitale individuale şi tranzitive.

Se menţionează în concluzie că gruparea caracteristicilor (sindromul) personalităţii, deşi fără tendinţe exhaustive, trebuie să fie suficient de integrat pentru a releva o similaritate fundamentală a elementelor structurii permiţînd astfel clasificarea indivizilor pe baza lor, în aşa fel încît să poată caracteriza individul unical. Studiul sistematic al personalităţii psihopate pe baza modelului propus mai sus, pare să fie relevant din punct de vedere euristic. Schiţat, esenţa personalităţii psihopatice apare în acest context ca un dezechilibru relativ fixat, pe de o parte între diferitele nivele formal-structurale enumerate mai sus şi care se datoreşte nedezvoltării lor armonioase. Pe de altă parte caracteristicile psihopatice se mani-

festă concomitent sub aspectul conținutului ca o lipsă de integrare, o dizarmonie evolutivă a sistemelor orientativ-axiologice supraetajate ale tematicilor vitale, individuale și tranzitive. Fixarea relativă a acestui dezechilibru, căruia i se corelează predominența durabilă a unui nivel formal, sau de conținut și care se reflectă în conștiința pacientului prin lipsa unei atitudini critice, pare să constituie una din diferențele esențiale față de nevroze.

Conform concepției psihologice personalitatea constituie un tot unitar în care factorii biologici, psihologice și sociali se condiționează reciproc, unitar, indisociabl și ireductibil în interfuncționalitatea lor pe tot parcursul existenței individului.

Personalitatea umană cu diversitatea de particularități determinate de tipul de sistem nervos și de condițiile dezvoltării sociale poate prezenta diverse tipuri de dizarmonii structural-funcționale. Aceste dizarmonii însă pot fi favorizate în apariția lor de leziunile encefalice primare sau secundare, sau pot îmbrăca aspectul unor tulburări caracteriale apărute în condițiile unor contradicții dintre tendințele individuale și normele de conduită ale societății.

În cazul psihopatiilor, dizarmonia are caracter critic sau evolutiv care apare în mod evident ca o exagerare a instabilității caracteriale în timpul perturbărilor neuro-endocrine ce apar în perioadele critice ale pubertății, menstruație, graviditate, climacteriu și perioada de involuție presenilă, cînd psihopatia fie că îmbătrînește și ea atenuîndu-și sau dimpotrivă accentuîndu-și dizarmonia, instabilitate care la un individ normal nu se manifestă în mod atît de vizibil decît doar atunci cînd dizarmonia este accentuată prin suferințele viscero-umorale sau encefalice.

Dificultățile de adaptare la condițiile de mediu social se traduc în cazul psihopatiilor prin modificări de comportament care determină frecvente situații conflictuale și destul de grave incidente infracționale care ridică probleme de psihiatrie judiciară.

Personalitățile patologice, se admite în general că se dezvoltă sub influența factorilor biogeni, psihogeni și sociogeni negativi, acești factori concurînd simultan dar diferențiat sau acționînd izolat.

Caracteriopatia poate fi generată de o complexitate de factori abiogeni negativi, endoexogeni, precum și endogenetici, defectivitatea psihică dizarmonică putînd fi consecința unor dismetabolisme cromozomiale, chiar dacă pînă în prezent nu

s-au evidențiat mecanismele genetice care să poată fi sigur incriminate în etiologia personalităților patologice.

Cromozomii ca și celulele germinative se cunoaște că manifestă o sensibilitate metabolică deosebită în raport cu influența diverșilor factori nocivi endoexogeni, așa încît putem afirma că bazele unei personalități optimal echilibrate exigențelor adoptative biologice, psihologice și sociale, începe odată cu nidarea ovulului fecundat.

De asemenea, carențele vitaminice, hormonale, precum și dismetabolismele hidroelectrolitice concură sau pot fi implicate secundar în zdruncinarea morbidă a factorului ereditar cu consecințe negative asupra dezvoltării psihice ulterioare.

Pe lîngă aceste tulburări endogene acționează inevitabil și o serie de noxe exogene printre care menționăm infecțiile și intoxicațiile, traumatismele fizice și psihice ale mamei în timpul sarcinii.

De o importanță deosebită în dezvoltarea psihică este influența mediului social nociv, mai ales dacă acționează pe un teren biologic premorbid fragil sau vulnerabil. Dacă fondul biologic este alterat în aceste cazuri factorii sociogeni negativi vor avea evident un rol defavorabil mai pregnant în structurarea unei personalități optimal echilibrată în raport cu sine și cu societatea.

De multe ori, însă, personalitățile patologic structurate se întîmplă să fie destul de adaptați mediului în care trăiesc, productivitatea lor să fie remarcabilă iar starea lor dizarmonică să apară evidentă și să se înrăutățească în condiții negative de viață și abia atunci să intre sub observația psihiatrului.

Spre deosebire de psihopat care are discernămînul păstrat asupra faptelor comise, psihoticul se caracterizează în mod obligatoriu prin alterarea pronunțată a reactivității ideo-afective de tipul deci a *alienației mintale* chiar dacă intrarea în starea morbidă s-a făcut printr-o manifestare psihopatoidă.

Nu trebuie considerat că limita dintre normal și ceea ce este psihopatie este relativă deoarece atunci cînd psihopatia atinge un oarecare grad de dezvoltare și se fixează particularitățile patologice particulare iar capacitățile de compensare dispar, apare deosebirea netă și pregnant evidentă între starea normală și starea patologică.

Etiologia psihopatiilor nu este nici ușoară pentru că nu este clară și nici simplă pentru că cei mai mulți autori înclină pentru un determinism polieitologic. După opinia noas-

tră etiologia psihopatiilor este deosebit de complexă dacă avem în vedere că personalităţile patologice sînt *personalităţi dizarmonice* şi a căror dizarmonie cuprinde în totalitate componentele personalităţii. Dacă avem în vedere personalitatea în ansamblul său dinamic structural-funcţional, atunci problemele etiologice ale psihopatiilor nu numai că ne vor apare ca fiind plurifactoriale, dar ele vor trebui să se refere atît la ceea ce este moştenit şi respectiv ereditar somato-psihic în componentele personalităţii — trăsăturile temperamentale, — cît şi procesele arhi- — şi paleopsihice, precum şi la ceea ce este mai nou şi de esenţă socială — caracterul ca şi celelalte componente ale structurii psihice şi ale personalităţii. De asemenea, va trebui să se refere la nivelul total al dizarmoniei, al tendinţelor, pulsiunilor, motivaţiilor, asperiaţiilor etc., care determină în ultimă instanţă profilul voliţional deficitar alături de trăsăturile temperamentale ca şi la dizarmonia unor procese de sinteză integrativă bio-psiho-socială, precum şi la deficitul mecanismelor complexe de reglare deficitară a sintezelor intrapsihice ca şi a integrării sociale dificile în acelaşi timp. Trebuie să subliniem că în general problema psihopatiilor, deci şi a etiologiei lor, are legătură indisociabilă cu problema atît de veche, dar de permanentă actualitate, a corelaţiilor dintre ereditate şi mediu în edificarea personalităţii normale sau patologice. Dificultăţile devin cu atît mai mari cu cît studiile cu privire la genetica psihologică sînt puţin numeroase iar concluziile pe de altă parte nu se pot trage decît în urma unor secţiuni verticale care obişnuit sînt foarte greu de realizat. Pe de altă parte, influenţele modelatoare ale mediului pot fi luate în considerare în mod util atunci cînd acestea se exercită asupra unei structuri psihice interioare deja consolidate şi aceasta pentru că în relaţiile organism-mediu, la adult se poate vorbi de „un primat al persoanei definite" în sensul că „modificările structurii persoanei, în funcţie de mediu şi condiţiile lui, rele sau bune, chiar şi dacă sînt posibile ele sînt minime ca valoare clinică. Influenţa mediului poate fi mare numai dacă factorii situaţionali durează mult şi numai dacă ei găsesc un teren labil, susceptibil de a primi sugestii de la mediu ; pentru că la o persoană solid structurată, odată factorii nocivi trecuţi, dispare şi reacţia" (Petrilokitsch).

Ca atare, atunci cînd discutăm despre rolul, locul şi semnificaţia influenţelor sociale negative de mediu în structurarea unor personalităţi patologice, dizarmonice, trebuie să

avem în vedere terenul premorbid, vîrsta celui asupra căruia se acționează pe de altă parte, durata, intensitatea, semnificația, factorilor sociali negativi care acționează pe acest teren inițial vulnerabil biologic.

De aceea ne vom ocupa de aspectele biologice, psihologice și sociale care au o certă și indisolubilă relație cu etiologia psihopatiilor.

A. *Date biologice.*

Behterev își exprima opinia că la baza psihopatiilor stă un anumit tip de organicitate.

Kerbikov, Ghidinkin, Suhareva, afirmă că psihopatiile *„de nucleu"* sînt mult mai puțin numeroase decît cele *„de margine sau marginale"* în etiologia cărora rolul principal îl au factorii de mediu, deși această dihotomizare ni se pare forțată pînă la un anumit punct.

Delmas (1932), considera, așa cum subliniam mai sus, că psihopatiile sînt congenitale și înnăscute, permanente și fixe. La ideea de psihopatie este adăugată cea de endogenitate considerată într-un anume fel ca o fatalitate, deoarece autorul, spre deosebire de teoria degenerescenței, exclude cauzele exogene, personalitatea fiind în opinia sa un compus de tendințe pure.

I. B. Galant și V. S. Aleșko sînt de părere că etiologia psihopatiei rezultă din interacțiunea factorilor biologici și sociali. Factorii biologici sînt : blastoforiile (leziunile oului), traumele intrauterine, infecții, intoxicații, traumele în copilărie. Factorii sociali sînt demonstrați prin aceea că îmbunătățirea condițiilor de viață și sociale, inclusiv educația corespunzătoare opresc dezvoltarea psihopatică. Există însă după opinia noastră și cazuri clinice de psihopatii care oricît de favorabile ar fi condițiile existențiale, acestea nu conduc implicit la ameliorarea lor comportamentală.

La fel, Heatom și Ward W. A., susțin că adevărata psihopatie are o bază organică nemoștenită și se deosebește de sociopatie, care este un comportament antisocial rezultat din factori de mediu social negativi.

Kogan K. L. și Jackson J. K. arată că, aplicînd testul MMPI la 50 soții de alcoolici și la 26 soții de alcoolici inactivi și nealcoolici evidențiază diferențe între rata tulburărilor de personalitate la cele 3 categorii. Rata tulburărilor de perso-

nalitate este mai mare la soţiile alcoolicilor, de unde rezultă şi concluzia privind rolul stressului social în geneza tulburărilor de personalitate, fapt dovedit de rata scăzută a tulburărilor de personalitate la soţiile grupului de soţi nealcoolici.

Aşa cum observă Kerbikov, în problema etiologiei psihopatiilor se admit următoarele circumstanţe :

a) polietiologia psihopatiilor ;

b) acţiunea în trecut a unor factori cu acţiune nocivă în perioada prenatală (intrauterină), a naşterii sau în prima copilărie.

Din aceasta decurge în mod evident concluzia că psihopatiile nu se pot categorisi după un singur simptom aparţinînd unei etiologii unice. De aceea Frakoveak admite că psihopatiile nu sînt un „status post" sau un „nosos" ci un „pathos" adică ele sînt ecoul unor acţiuni nocive de natură polietiologică. „...psihopatiile constituind mai curînd un complex, o multitudine de nosologii decît o unitate nosologică" (Kerbicov). Cu alte cuvinte determinismul psihopatiilor este polietiologic.

S-a discutat mult şi se discută şi astăzi dacă psihopatia este determinată îndeosebi şi predominant de intervenţia unor factori constituţionali. Din acest punct de vedere, chiar cu riscul de a oferi un citat prea mare din E. Kahn, nouă ni se pare că acesta, prin claritatea sa este deosebit de necesar :

„Şi acum — scrie E. Kahn — cîteva precizări în legătură cu termenul de constituţie psihopatică. Acest termen a fost lansat de către Ziehen care a descris sub această denumire o serie de stări maladive psihice funcţionale, mai uşoare care cuprinde şi o constituţie psihopatică degenerativ ereditară şi care este psihopatia de care ne ocupăm. Autori care mai întrebuinţează astăzi acest termen nefericit (Birnbaum şi Bumke) se gîndesc doar la a sublinia componenta ereditară şi biologică a psihopatiei în general. Dar noi suntem de părere că constituţia este un termen complex care defineşte un biotip compus atît din factori ereditari, cît şi din factori de mediu.

Nu putem vorbi despre o constituţie psihopatică pentru că în cadrul aceleiaşi variante constituţionale (să spunem de exemplu constituţia picnic-ciclotimică) vom găsi din punct de vedere clinic — foarte multe forme de psihopatie, care nu au nimic comun între ele.

Cu aceasta nu vrem să spunem că ereditatea nu are un rol în originea psihopatiei, dimpotrivă, de multe ori ereditatea este totul şi unica cauză a psihopatiei, vrem să spunem doar că conceptul de constituţie este încă unul prea neclar pentru a putea fi aplicat în domeniul psihopatiei atunci cînd este studiată clinic.

Nu există constituţii psihopatice, dar există cu certitudine, psihopatii constituţionale. Şi aceasta vrea să însemne doar atît că majoritatea factorilor cauzali ai bolnavului respectiv sînt ereditari" (E. Kahn).

H. Berenbaum şi J. McGrew (1993) au examinat asemănarea intraformaţială a trăsăturilor schizotipice pe studenţi. Autorii constată că anhedonia fizică şi aberaţiile perceptuale sînt comune studenţilor şi familiilor lor, iar în ce priveşte gîndirea era strîns legată de anhedonie şi toate aceste asemănări erau mai evident legate de particularităţile psihologice schizotipice ale mamei decît ale tatălui. Rezultatele studiului par a susţine aserţiunea după care trăsăturile schizotipice evidenţiate, vine în sprijinul opiniei că în unele familii există mame schizofenogene.

Pe de altă parte, în 1908 P. B. Ganuşkin a fost împotriva opiniei lui Ziehen care susţinea că mai mulţi factori etiologici pot determina aceleaşi constituţii psihopatice. Referitor la aceasta P. B. Ganuşkin preciza : „Această teză nu se împacă cu gîndirea ştiinţifică, ea ascunde o considerabilă eroare logică, explicabilă numai prin aceea că o serie întreagă de realităţi clinice rămîn fără a le cunoaşte cauza lor eficientă".

Totuşi, cercetările contemporane se orientează şi pledează pentru o politologie sau cum se mai spune spre determinismul plurifactorial al psihopatiilor care după opinia noastră nu aduce un argument împotriva conceptului de unitate nosologică a acestui grup de boli decît doar în măsura în care nu cunoaştem pe de o parte modificările genetice specifice şi responsabile de modificările biologice şi biopsihice care stau la baza personalităţii dizarmonice, precum şi măsura în care o anumită anomalie de natură genetică poate influenţa negativ dezvoltarea personalităţii, iar pe de altă parte cît de întinsă sau restrînsă este gama altor intervenţii etiologice, biologice, psihologice şi sociale în atît de imprecisa noţiune de „polietiologie". Deci, polietiologia nu ar fi argumentul esenţial împotriva unităţii nosologice a psihopatiilor cît mai

ales a modalităţilor prin care genele modificate în urma unor acţiuni nocive (despre care nu ştim nimic pînă în prezent în afară de presupuneri), afectează totalitatea constituţiei genetice şi prin aceasta a atributelor personalităţii

Teoria genetică susţine şi a demonstrat indubitabil existenţa unor corelaţii între constituţia somatică şi însuşirile psihice, aşa cum de altfel reiese din biotipologia lui Kretschmer formulată în *"Körperbau und charakter"* din 1923, biotipul fiind în esenţă structura constituţională somatică şi biopsihică elementară, primară (şi paleopsihică) a cărui determinism este de natură ereditară

De remarcat, deasemenea, că această corelaţie dintre constituţia somatică şi structurile biopsihice se moşteneşte la urmaşi şi sînt evidente nu numai la gemeni monozigoţi sau dizigoţi. Noi am urmărit în familiile apropiate aceste particularităţi de la vîrstele foarte mici, în unele cazuri începînd de la o lună şi am observat asemănări incontestabile nu numai în configuraţia somatică dar şi în cea biopsihică, temperamentală, în modul de a-şi exprima afectiv atitudinea faţă de lumea înconjurătoare şi faţă de anturaj în raport cu trebuinţele şi motivaţiile fiecărui copil. În plus am remarcat în cazul unei familii apropiate relaţional în care mama provenea dintr-o familie cu numeroase personalităţi patologice de tip distimice, isterice şi epileptoide că dintre descendenţii care se asemănau din punctul de vedere al constituţiei cu mama aveau caractere identice sau impulsiv-explozive, la trei din patru descendenţi pe care-i avea. O altă familie care a fost sub observaţia noastră şi în care mama avea atît în ascendenţa sa, cît şi ea personal o structură introvertită la doi dintre cei trei copii care-i avea s-a moştenit aceiaşi structură de introversiune ambii comportîndu-se ca veritabile psihopatii schizoide fără nici un fel de decompensări pre- sau subpsihotice.

Studiind o familie în care trăsăturile paranoide de tip psihopatic erau prezente la trei genitori noi am evidenţiat la urmaşii din prima linie un număr de 5 descendenţi cu aceleaşi tăsături constituţionale somatice şi psihice la un număr de 4 subiecţi dintre care unul prezintă decompensări alcoolofile, iar un altul a prezentat bufee delirant-halucinatorii de tip schizo-afectiv.

Studiind 100 familii a unui lot de bolnavi de schizofrenie noi am remarcat la descendenţi în 26% din cazuri tulburări de comportament psihopatic de tip schizoid şi în 8% de tip

psihopatic distimic și doar în 3% de tipul unor explozivități iritabile.

Alte dovezi în ceea ce privește determinismul genetic în formarea personalității și a diferitelor tendințe psihologice sînt cele obținute din studiul gemenilor și a familiilor.

S-a demonstrat pe gemenii monozigoți (uniovulari) că sînt mai multe asemănări în ceea ce privește temperamentul și caracterul decît la gemenii dizogoți (biovulari).

S-au efectuat, deasemenea, numeroase studii asupra gemenilor mono și dizigoți și care au evidențiat legăturile determinative dintre temperament și caracter.

Rosanoff (1934) în S.U.A. a studiat 340 perechi de gemeni pe care i-a împărțit în mod aproximativ egal în trei grupe : adulți, criminali, delincvenți juvenili și copii cu tulburări de comportament. La toate grupele s-a constatat o corelație semnificativă între perechile monozigote ceea ce nu s-a semnalizat pentru perechile de dizigoți. Rasanoff remarcă faptul că în ceea ce privește comportamentul criminal există „o tendință constituțională persistentă și puternică care se manifestă în diferite circumstanțe fără dificultăți sau tensiuni speciale" (apud W. Mayer-Gross).

Kalman a sintetizat datele unor diverși cercetători asupra gemenilor (Lange, Rosanoff, Strumpfel, Krantz) și a constatat că la 14% dintre gemeni de ambele sexe 14% prezentau implicații medico-legale, le gemenii monozigoți actele delictuale reprezentau 66%, iar la gemenii dizigoți 54% din cazuri.

Kranz (1936), Strumpfel (1936) au cercetat gemenii mono și dizigoți din Germania de nord și de sud subliniind că factorul ereditar este determinant în configurarea personalității dar și în săvîrșirea crimei însă pentru a se ajunge la crimă s-a adăugat ca necesară de asemenea prezența unor influențe familiare modelator-formative negative.

Neuwan, Freeman și Holginzer au studiat 19 perechi de gemeni monozigoți, izolați unii de alții și s-a constatat că răspunsurile la testul de temperament erau apropiate, diferențe mai puțin evidente constatîndu-se la testele de inteligență. Cercetările lui Shields pe un număr de 38 perechi de gemeni monozigoți reperați la vîrsta de 4 ani au remarcat la testele de personalitate coeficienți de corelație apropiați pentru „extroversiune" și „nevrotism" de 0,6 și respectiv 5.5.

J. Lange studiind rolul eredității în relație cu criminalitatea constatată pe un număr de 13 gemeni monozigoti ai unor părinți criminali, zece din aceștia au devenit la rîndul

lor criminali, constatîndu-se faptul că a existat o singură excepție în cazul unei singure perechi în care unul din gemeni a devenit criminal după ce a suferit un traumatism craniocerebral. Cu privire la alte trăsături, în afara criminalității, gemenii studiați au prezentat așa cum specifică Maiyer-Gross următoarele : „concordanța între gemeni a fost nu numai în privința criminalității, ci de asemenea în ceea ce privește tipul de crimă, tehnica profesională a crimei, vîrsta de manifestare, etc.... Pe de altă parte în cazul a șaptesprezece pereche de gemeni dizigoți de același sex au existat numai două cazuri în care perechile au fost criminale dar prezentau o similaritate redusă în ceea ce privește caracterul. Efectul lucrării lui Lange... a fost că a sugerat că în afara unor accidente ca o boală cerebrală organică, aspectul personalității este determinat aproape exclusiv de factorii ereditari ; comportamentul social ar fi produsul cel mai inevitabil al personalității".

W. Maier și colab. (1992) au studiat antecedentele tulburărilor de personalitate în relație cu prezența la rudele acestora a unor tulburări depresive majore nepsihotice unipolare, și au evidențiat că tulburările de personalitate la rudele cu suferințe afective majore erau mai frecvente decît se așteptau să fie evidențiate în lotul de 450 rude ale probanților comparativ cu 320 subiecți rude ale unor pacienți cu tulburări de personalitate.

Slater (1953) efectuînd studii legate de morbiditatea psihiatrică pe 300 perechi de germeni găsește 8 perechi monozigoți și 43 dizigoți cu habitus psihopatic sau nevrotic, și doar la numai 2 perechi uniovulare și 8 perechi biovulare gemenul partener a fost nevrotic sau psihopat. Autorul consideră că factorul ereditar la gemenii dizigoți are o importanță particulară în determinarea profilului comportamental al personalității în ciuda unor diferențe constituționale și că în structurarea devierilor comportamentale rolul decisiv l-au avut condițiile de mediu socio-familial. Într-o lucrare efectuată ulterior de către Slater autorul constată un indice de concordanță de 53% pentru gemenii monozigoți și de 25% pentru gemenii dizigoți, așa cum a rezultat din prezentarea la consultul psihiatric sau a celor prezentați pentru fapte penale la tribunalul pentru minori, cifre care pledează pentru rolul determinant al eredității în aberațiile comportamentale. În 1950 Kallman pe 40 perechi masculine de ge-

meni monozigoți și 45 perechi dizigoți la care au existat intenții de homosexualitate, găsește că gemenii uniovulari erau homosexuali în proporție de 100% iar cei biovulari în procentaj de 42%, date care demonstrează evident rolul eredității în psihiatrie și respectiv în comportamentul aberant sexual.

S. Torgessen și colab. (1993) au efectuat un studiu pe gemenii monozigoți ai rudelor pacienților de schizofrenie. În acest sens au explorat un total de 176 de gemeni neschizofreni și un alt grup de 101 gemeni cu rude de prim grad bolnave de depresie majoră (melancolie). Rezultatele studiilor au evidențiat că tulburările de personalitate schizotipală au fost mai frecvente decît tulburările de personalitate istrionică printre rudele biologice ale probanților schizofreni decît la rudele suferind de depresie majoră. Explorarea criteriilor schizotipale „negative" (bizarerii verbale, și comportamentale, afectivitate inadecvată și anxietate excesivă) au fost cu mult mai frecvente la rudele bolnavilor de schizofrenie, aceste criterii fiind particular de importante. Criteriile „pozitive" pentru personalitățile schizotipale au fost statistic mai puțin semnificative la rudele probanților cu depresie majoră. Diferențele au fost mult mai mici ca frecvență pentru criteriile negative între gemenii monozigoți și gemenii dizigoți, și la rudele de prim grad ale bolnavilor suferind de schizofrenie. Se pare că relațiile genetice dintre schizofrenie și „adevărata" personalitate schizotipală poate fi considerat ca un marker posibil, de diferențiere genetică dintre aceste perturbări.

K. S. Kendler și colab. (1993) studiind personalitatea rudelor bolnavilor de schizofrenie în scopul clarificării relațiilor dintre schizofrenie și tulburările de personalitate de tip schizotipal, schizoid, paranoid, evitantă și borderline, pe un număr de 534 probanți dintre care 415 au fost intervievate personal și 2043 rude, dintre care 1753 au fost supuși, deasemenea, unui interviu personal. Rezultatele studiului par deosebit de semnificative în sensul că printre rudele personalităților cu schizofrenie s-a înregistrat o mare creștere, înalt semnificativă, a personalităților patologice schizotipale și o modestă, dar semnificativă creștere a prevalenței personalităților patologice schizoide, paranoide și evitante. Personalitatea de tip borderline a fost mai rară la rudele probanților cu tulburări afective. Prevalența tulburărilor de personalitate de tip schizotipal a fost, de asemenea, semnificativ crescută la pro-

banți prezentînd tulburări de personalitate de tip schizotipal. Rata tulburărilor de personalitate de tip schizotipal a fost mai mare la părinți decît la rudele probanților schizofreni.

H. Hoff și W. Sluga, cercetînd diferite forme de psihopatii au constatat că factorul ereditar nefavorabil acționează diferit în funcție de forma clinică de comportament aberant. Astfel, printre psihopații cu stări de dependență, autorii constată 1% din observații, psihopații delincvenți reprezintă un procent de 9%, iar psihopații alcoolici 37%. În cazul gemenilor monozigoți pentru „psihopații maniacali" se constată în 88% din cazuri că al doilea gemen suferă de o boală similară în 49% din cazuri se constată în cazul psihopaților delincvenți și în proporție de 78% printre psihopații alcoolici.

F. Fabergues, consideră că personalitățile schizoide, cicloide și paranoide trebuiesc incluse printre stările anormale și nu în cadrul personalităților psihopatice, în asemenea cazuri fiind mai curînd vorba de stări prepsihotice, psihotice sau post-psihotice. După părerea autorului, multe dintre supozițiile după care psihopatiile ar avea un determinism ereditar, o bază etiologică ce ține de tulburările maniaco-depresive sau schizofrenice. În momentul în care sînt scoase asemenea cazuri de sub incidența ereditară ce se atribuia psihopaților atunci mai rămîn puține cazuri reale pentru psihopați cu excepția prezenței unor tipuri sau constituții familiale. F. Fabregues consideră că factorul ereditar *„nu concordă în bună parte cu datele oferite de marea majoritate a cazurilor, și prin urmare nu există nici un sens a căuta în el o cauză unică și a exagera importanța restului de factori"* (subl. ns. M. Ș.).

Pe baza observațiilor clinice îndelungate noi considerăm că în structurarea trăsăturilor psihopatice factorul ereditar deține un loc determinant, acțiunea mediului psiho-social având un rol patopsihoplastic îndeosebi atunci cînd acesta este negativ (familii dezorganizate, conflicte frecvente intrafamiliale, obișnuințele alcoolice, atitudinile hiperprotective sau hipoprotective active) sau în cazurile în care copilul sau adolescentul intră în microgrupuri extrafamiliale cu structură negativă. Aici proverbul „ce se naște din pisică șoareci mănîncă" devine se pare o realitate într-un mediu nefavorabil. Nu toți autorii împărtășesc punctul de vedere că un fond constituțional zdruncinat genetic predispune obligatoriu la structurarea

unei personalităţi patologice. După părerea lui L. Michaux, A. Noyes şi L. Kolb, predispoziţia poate să rămînă ca atare în stare latentă, în cazul în care nu-i fructificată de condiţii existenţiale psihosociale moledator-formative negative.

K. G. Gray şi H. C. Hutchison (1964) bazîndu-se pe rezultatele obţinute pe două studii în care au fost implicate două echipe, prima a fost bazată pe medici psihiatri din serviciul judiciar al Spitalului de Psihiatrie din Toronto şi o echipă de psihiatri din aceeaşi regiune care au distribuit un număr de 937 chestionare medicilor psihiatri şi/sau neurologi din Canada. Au răspuns chestionarelor 72% dintre cei solicitaţi. Analizînd chestionarele trimise s-a reţinut că 83,7% consideră că diagnosticul de „personalitate psihopatică" este satisfăcător ca înţeles noţional, în timp ce aproape 10% l-au considerat nesatisfăcător. Analiza datelor a demontrat de asemenea că psihiatrii cu o mai mare şi îndelungată activitate clinică sînt înclinaţi să considere diagnosticul de „personalitate psihopatică" drept nesatisfăcător comparativ cu psihiatrii mai tineri. Peste 80% dintre psihiatri au evidenţiat că factorii de mediu sau factorii cu acţiune negativă de natură exogenă, sau alţi factori au o pondere egală sau chiar mai mare şi o importanţă etiologică cu mult mai semnificativă decît factorii genetici. Peste 78% au considerat că diagnosticul de personalitate psihopatică se poate formula înainte de vîrsta de 19 ani în timp ce 99%, înainte de 26 ani. În ceeace priveşte responsabilitatea penală pentru actele cu implicaţie medico-legală s-a opinat în proporţie de 63% că în unele cazuri psihopatul ar fi pasibil să fie scutit de responsabilitate, iar 32% consideră psihopatul responsabil din punctde vedere medico-legal.

„După părerea lui P. Scott, *influenţa mediului extern* natural şi psiho-social are o importanţă deosebită în primii ani de viaţă ai copilului, dar ne exprimăm opinia că această influenţă nu poate fi separată de moştenirea cu care vine copilul pe lume. Uneori, în asemenea cazuri, un rol nu oarecare capătă atitudinea părinţilor : copilul la care părinţii provoacă o reacţie negativă se manifestă ca fiind un refulat, ceea ce poate favoriza dezvoltarea psihopatiei, deoarece se perturbă mecanismele bazale ale personalităţii. Despre importanţa locului pe care-l ocupă copilul printre fraţi şi surori discută G. şi B. Vidal, relaţiile în interiorul fratreriei avînd caracter pozitiv sau negativ. Vorbind despre cau-

zele care favorizează formarea psihopatiilor, J. Bowlby, M. Kinsworth, subliniază importanța lipsirii precoce a grijei față de copil din partea mamei îndeosebi în perioadele din primii 3 ani de viață și mai ales între 3 și 6 luni ale primului an. Se subliniază rolul formelor latente de tulburări sau de modificări defectuoase ale relațiilor dintre părinți și copil, printre care și formele mascate ale lipsei de grijă din partea mamei. Alți autori dimpotrivă, socot că asemenea date sînt insuficient de fundamentate. După părerea lui J. Pearce și S. Newton, consideră că indiferent de calitatea relațiilor mamă-copil ce ar avea loc în prima copilărie, viitorul psihopat se va izola de mamă spre cel de-al doilea an și se va manifesta în mare măsură prin atitudini de respingere sau chiar dușmănoase față de ea datorită frustrărilor la care a fost supus. Se socoate că în formarea echipamentului patologic al caracterului, alături de un dezechilibru temperamental, poate să joace un rol important psihoplastic existența sau apariția unor traume psihice precoce. D. Langen și A. Jaeger subliniază importanța existenței unei încărcări hereditare cu trăsături psihopatice a caracterului pentru elementele caracterologice patologice care apar, în perioada pubertară". (apud : Gurieva și Ghidinkin).

Mayer-Gross concluzionând asupra studiilor privind gemenii din perspectiva determinismului comportamentului psihopatic evidențiază următoarele :

„Datele rezultate din studierea gemenilor ne duce prin urmare la concepția că factorii ereditari joacă un rol dominant în dezvoltarea personalității. Un anumit rol îl joacă desigur mediul ambiant atît în primele etape ale educației cît și prin inteamediul formelor de boli și de defecte organice ; el explică însă o mică parte din totalul variabilității. Faptul că un individ dobîndește un comportament nevrotic sau o linie antisocială de comportament, depinde probabil atît de circumstanțe cît și de personalitate. *Prin urmare trebuie să amintim că orice afirmație despre predominanța relativă a eredității și a mediului ambiant în formarea personalității este condiționată de starea societății în momentul investigației ; o modificare socială profundă poate să modifice profund acest echilibru*" (subl. ns. — M. Ş.).

Dar de altfel, la apoape aceleași concluzii ajung și alți autori. Astfel după opinia lui J. Reed este mult mai importantă cunoașterea nu atît a cauzelor cît mai ales a condițiilor

care favorizează apariţia comportamentelor aberante psihopatice. N. Schipkowenski, P. Scott, E. Anderson, P. Arthur şi E. Cahoon şi încă mulţi alţii psihiatri acordă un rol determinant corelaţiei corecte dintre ereditate şi mediul extern. În această discuţie psihiatrul german K. Schneider intervine mai nuanţat şi mai complex, precizînd că „variaţiile predispoziţiei nu trebuie şi nu pot fi identificate cu predispoziţia transmisă hereditar. Totodată autorul semnalează greutatea reală, dificilă dacă nu chiar imposibilă, de a diferenţia în structura personalităţii, ceea ce este condiţionat ereditar şi ceea ce apare reactiv în structura personalităţii la influenţele pozitive sau negative sociale, fiind totodată necesar să se acorde atenţia corespunzătoare „mediului intern", deoarece „pentru copiii aceleiaşi familii acesta apare întrutotul diferit" şi „are un rol nu mai puţin important decît mediul extern", psiho-social asupra căruia s-a atras atenţia mai înainte.

M. Fulton şi G. Winokur (1993) menţionează că o serie de studii au demonstrat o rată crescută a personalităţilor patologice schizoide la probanţii cu schizofrenie şi o rată mare a personalităţilor patologice paranoide la probanţii cu tulburări delirante. Studiul a fost efectuat pe un număr de 351 pacienţi cu diagnosticul de personalitate schizoidă şi personalitate paranoidă dintre care sau cercetat simpomele clinice, caracteristicile familiale şi evoluţia longitudinală, pe un număr de 34 şi respectiv 19 pacienţi, autorii au evidenţiat că personalităţile patologice schizoide s-au internat la o vîrstă mai tînără decît probanţii paranoizi şi pe de altă parte s-a constatat că cele două sindroame (schizoid şi paranoid se unesc) şi pe baza particularităţilor familiale diferenţele nu sînt statistic semnificative.

În ce ne priveşte considerăm că schizoidia şi paranoidia au multe elemente clinice comune îndeosebi la adultul tînăr astfel că diferenţele statistice nesemnificative obţinute de autori nu ni se par, chiar statistic vorbind, nesemnificative pentru cele două tipuri de personalitate patologice explorate (schizoidă şi paranoidă).

În altă lucrare a lui K. Schneider, se arată că asemenea importanţă calitativ-optimală a influenţelor externe, o fragilitate excesivă a copilului, ca şi o îngrijire excesivă din partea mamei în prima copilărie, şi care nu numai în perioada pubertară ci şi în perioadele mai precoce pot să ducă la tul-

burări de dezvoltare ale personalității. În atare situație se subliniază că-i „nefolositoare" contrapunerea predispoziției, mediului extern : „Aici nu există nimic de dovedit : supoziția abia poate fi confirmată".

Noi considerăm, în acord cu argumentele lui K. Schneider, sublinierea importanței circumstanțelor și particularităților de reactivitate raportate la dezvoltarea neuropsihică a copilului și adolescentului din punctul de vedere a influențelor modelator formative ale mediului extern psihosocial. Precizăm din acest punct de vedere că fiecare individ uman are genetic determinată o structură originală constituită ca o totalitate în curs de organizare dinamică încă din momentul nidării ovulului fecundat în cavitatea uterină. Dar această structurare dinamică originală, individuală în fiece moment este rezultanta unică a intricării indisociabile și ireductibile atît a factorilor endogeni cît și a celor exogeni, de așa manieră încît influența acestora este doar conceptuală și respectiv artificială și aceasta pentru că influențele externe nu devin decît ceea ce condițiile interne pot și permit să interiorizeze. De altfel, aici începe elaborarea pozitivă sau negativă a viitoarei personalități într-un univers în permanentă schimbare, ca cel infantil în care discontinuitatea vieții mentale, instabilitatea, imaturitatea normală în elaborarea deprinderilor, asinergiile senzitivo-senzoriale, motrice, afective, emoționale, explozivitățile afective și dispoziționale, metamorfozele contradictorii ce se realizează în acest joc dinamic de schițare a unor structuri pe fondul unor automatisme care se mișcă în raport cu ritmurile particulare acestei vîrste și în consens cu logica vieții în această etapă etc., toate acestea constituie particularități normale de manifestare a ființei umane în primii săi ani de viață și în această constelație de influențe externe și condiții interne, dizarmoniiile pot veni atît din partea a ceea ce este moștenit cît și din partea a ceea ce este dobîndit în relație cu condițiile externe. Influența negativă, cea mai sever negativă, privește după opinia noastră, perioada infantilă avînd în vedere că acum se structurează bazele personalității, că în această perioadă plasticitatea somatică și a psihismului incipient în dinamica sa, nu numai că este deosebită și că fenomenul de urmă este deosebit de adînc și cu consecințe pozitive sau negative de natură psiho-emoțională, neuro-vegetativă, endocrino-umorală, metabolic-moleclară deosebite, fragilizînd sau dimpotrivă favorizînd dezvol-

tarea şi structurarea armonioasă somatică, structural-funcţională a substratului morfo-funcţional dinamic cerebral şi în particular a structurilor subcorticale ce vor influenţa la rîndul lor optimal sau nu funcţionalitatea cerebrală, cortico-subcorticală şi respectiv structurile bazale ale personalităţii.

H. Hoff şi W. Sluga, consideră că „sindromul psihopatic", poate fi rezultatul unor factori şi influenţe negative complexe, aşa cum ar fi existenţa : 1) a factorilor ereditari negativi precum şi a deficitului educaţional şi a mediului, psiho-social negativ ; 2) a unor dezvoltări nevrotice ; care determină disfuncţionalitatea şi echilibrul psihic : 3) a tulburărilor de maturizare a creierului ; 4) a encefalopatiilor ; 5) consecinţă a acţiunii unor noxe endogene sau endoexogene şi a existenţei unor suferinţe psihice predominant endogene cu remisiuni postprocesuale defective de tip psihopatiform.

După Aschperler, psihopatia „autistică" este determinată de o predispoziţie ereditară reprezentate după opinia sa mai ales sub forma unei insuficienţe de intuiţie ceea ce după constatările noastre nu despre această deficienţă este vorba la aceşti pacienţi cît mai ales de o parabiotizare endogenă a substratului morfofuncţional cerebral. Fischer pe de altă parte constată că în cazul psihopatiilor „autistice" în care include şi personalităţile schizoide, că este prezentă o transmitere ereditară directă probată de prezenţa acestor trăsături şi la descendenţi cu dificultăţi evidente de adaptare.

O formă particulară în determinismul genetic al delincvenţei îl reprezintă sindromul Klinefelter care se apreciază a avea frecvenţe de 2—2,2‰, în populaţia generală adultă. Studiile efectuate în instituţiile pentru debili mintali au arătat o frecvenţă de 3,2—23,8% pe o populaţie de 14.350 cazuri cu o medie de 8,9‰. S-a remarcat că în funcţie de forma clinică de oligofrenie, frecvenţa sindromului Klinefelter este cu atît mai mare cu cît Q. I. este mai crescut. Ca atare pentru cazurile de oligofrenie profundă frecvenţa acestui sindrom a fost de 4,8‰ şi de 19,8‰ pentru debilii mintali cu tulburări de comportament. G. Hanrbert (1966) constată că excesul suplimentar al unui cromozom X se însoţeşte de obicei de o oligofrenie gravă în timp ce cazurile de mozaic, adică acele care asicuază celulele de XY sau XXY erau mai grav atinşi în ceea ce priveşte nivelul oligofreniei, şi că un cromozom suplimentar X ar fi frecvent asociat cu agresivitatea. La populaţia din spitale de psihiatrie frecvenţa sindro-

mului Klinefelter este de aproape 3 ori mai frecventă decît în cazul populaţiei generale, aşa cum reiese din studiul unui număr de 13.852 cazuri.

Pentru bolnavii de epilepsie frecvenţa sindromului Klinefelter este de 8‰. Nielsen examinînd 50 pacienţi pentru hipogonadism constată 34 sindroame Klinefelter dintre care 13 au suferit condamnări pentru delincvenţă şi la care nivelul Q. I. a fost de 89,3 asemănător cu a celorlalţi pacienţi cu sindroame Klinefelter, de unde concluzia că delincvenţa nu ţinea de nivelul intelectual deficitar.

Sindromul cu cariotip XYY are o frecvenţă de 1,4—2‰ în populaţia generală şi de 10—35‰ în populaţia instituţiilor pentru delincvenţi şi îndeosebi la cei la care talia depăşeşte 1,80 m. De remarcat că bolnavii purtători ai unei asemenea anomalii descrişi de către Nielsen şi Henry au un tablou psihopatologic ce corespunde descripţiilor clasice ale psihopatiei, constatîndu-se frecvenţele agresiunii sexuale, de violenţă sau piromanie.

În cazul altor aberaţii cromozomice de tipul XXYY, XXXY apropiate clinic şi comportamental de sindromul Klinefelter ca şi în sindroamele cu cariotip în mozaic : XXXYY-XXXXY-XXY s-au semnalat de asemenea agresivităţi frecvente.

Se observă că aberaţiile comportamentale de tip psihopatic au o determinare polietiologică şi se apreciază că din totalul delincvenţei 2% se datoreşte aberaţiilor cromozomiale. Desigur că în aceste cazuri nu trebuie omisă participarea psiho-socială, însă constatarea că un exces al unui cromozom sexual atrage şi antrenează delincvenţa şi subliniază determinarea sau cel puţin participarea ereditară în rebutarea naturală a personalităţii.

W. E. Sobesky, C. E. Hull, R. J. Hagerman (1994) au studiat fragilitatea cromozomială X la femei suferind de personalitate schizotipală, pe un grup de 30 femei cu copii prezentînd probleme de dezvoltare, un grup de control de 17 femei provenind din familii cu fragilitate X, 28 femei negative citogenetic dar cu ADN pozitiv pentru X fragil şi 31 femei cu ADN pozitiv cu o mutaţie mai extinsă decît la femeile citogenetic pozitive. Rezultatele studiului a evidenţiat că 8 din 9 femei cu diagnosticul de personalitate schizotipală proveneu din cele două grupe cu cromozom X fragil. S-a concluzionat că 20% din subiecţii care prezentau fragilitatea

de cromozom X au primit gena de la mamă și niciuna de la tată. Autorii conchid că femeile care prezentau semne de premutație sau de mutație completă cromozomială la examenul clinic au fost evidențiate trăsăturile particulare personalității schizotipale, care erau mai puțin comune decît cele raportate anterior. Prin acest studiu ca și prin altele de același fel se demonstrează că diversele forme clinice de psihopatii (personalități patologice) au o bază genetică îndeosebi, se pare, mai evidentă la personalitățile schizoide, epileptoide (explozive), distimice, antisociale etc. Vulnerabilitatea genetică înnăscută sau dobîndită se configurează după opinia noastră într-un *ansamblu sindromatic* de tipul dizarmoniei bio-psiho-sociale ale personalității cu expresie clinică psihopatologică în raport de structură constituțională a personalității și cu tipul de influențe psihosociale negative exercitate asupra acestor subiecți în diversele etape de dezvoltare a personalității.

Un studiu al lui Nielsen (1971), efectuat pe un număr de 169 delincvenți evidențiază în proporție de 8,9% prezența unui cromozom Y cu un braț lung — această anomalie avînd o frecvență de 1,5% în populația generală. Acești subiecți notați cu expresia 46—XYQ prezintă fenomene de tip delincvent asemănătoare celor din sindromul Klinefelter. Anomalia 46—XYQ este ereditară, ceea ce ar explica cifra considerabilă de 10% aberații cromozomice descoperite la delincvenți.

Aceste date arată că termenul de constituțional aplicat tulburărilor de tip psihopatic este suficient de larg și imprecis, iar cercetările viitoare se pare că-i vor restrînge sfera și conținutul său noțional.

În ceea ce privește isteria, s-au constatat multe discordanțe dar și asemănări chiar atunci cînd gemenii erau separați unii de alții în spațiu.

Trebuie să admitem că în afara factorului genetic predispozant către un anumit tip de comportament, un rol important revine acțiunii modelatoare a mediului ambiant social. Asupra acestei probleme vom reveni însă în mod detaliat.

Investigațiile familiilor psihopaților au arătat că între descendenții lor aveau aceeași formă clinică de psihopatie dar și forme clinice deosebite. Brown (1942) a cercetat familiile unor bolnavi care erau consultați ambulator pentru sindroame nevrotice și a constatat că în aceste familii se întîlneau nevroze anxioase, obsesionale. Printre rudele, frații și suro-

rile acestor bolnavi, Brown înregistrează personalități anormale. Nevroza a fost mai des întîlnită la rudele nevroticilor anxioși, isteria la rudele histericilor. Von Bayer (1935) a investigat un grup de psihopați excroci și mincinoși și a găsit că printre rude era o incidență crescută de psihopați cu diverse forme clinice, fără însă a putea desprinde o transmitere ereditară specifică.

V. P. Belov, L. S. Culikov și O. A. Trifonov (1964), constată că 33% din cazuri din bolnavii cu stări nevrotice care au început la vîrsta copilăriei au fost crescuți în familii în care unul sau ambii părinți sufereau de nevroză sau psihopatie.

Gullant și Maire-Delcusy (1963), cercetînd un număr de 72 copii din 70 familii de psihopați, 7 numai au putut fi considerați echilibrați, deoarece acești 7 au crescut departe de mediul familial. Influența nefastă asupra copiilor exercitată de familie a fost exprimată de Wagner-Jauregg astfel : „*părinții își împovărează copiii nu numai cu ereditatea lor, dar și cu educarea lor*". (subl. ns. M. Ș.).

Ghindikin (1967) cercetînd 63 de psihopați constată boli psihice la părinți la 21 de cazuri, iar în rîndul rudelor la 18 din cazuri. Același autor constată asemănări calitative în ceea ce privește trăsăturile de caracter la 33 de observații, iar în 33 de cazuri nu a constatat asemănări.

DATE ASUPRA ELECTROENCEFALOGRAMELOR ÎN PSIHOPATII

Studiile electroencefalografice au adus date importante. Astfel, Lennox, Gibbs (1945) au arătat că la gemenii uniovulari traseele electroencefalografice se aseamănă mult, ceea ce-i determină pe autori să considere că s-ar putea diagnostica uniovularitatea encefalografic, și atestă o bază genetică unică.

Lennox constată că distimia de la epileptici se întîlnește și la părinții ca și la rudele acestor bolnavi.

Într-o comunicare personală, Uşakov, la Moscova, ne-a prezentat înregistrările electroencefalografice la doi gemeni monozigoți care suprapuse una peste alta aveau o similitudine în adevăr cu totul surprinzătoare, fapt care demonstrează posibilitatea realizării diagnosticului de uniovularitate pe baza întregistrărilor EEG.

Pe de altă parte menționăm că Hill a introdus termenul de *imaturitate cerebrală* care atestată electroencefalografic prezența ritmurilor bioelectrice la persoanele tinere sau adulte, caracteristice copilăriei. În aceste cazuri de imaturitate cerebrală electroencefalografică sînt implicate îndeosebi *întîrzierea proceselor fazice de mielinizare a structurilor cerebrale*, aceste anomalii neexprimînd un substrat lezional cerebral sau oprirea în dezvoltare a funcțiilor intelectuale cît mai ales se evidențiază modalități de reactivitate afectivă particulare copilului (*infantilism afectiv*) cu reactivitate emoțională de tip predominant primar. Hill constată la psihopații cuprinși între vîrsta de 15—20 ani o prezență de 70% trasee de imaturitate cerebrală electroencefalografică, și care ajunge la un indice de 20—30% la vîrsta adultă.

R. G. S. Arthurs și E. B. Cahan (1964) studiind EEG un număr de 87 de personalități psihopatice evidențiază în 55% dintre subiecții explorați anormalități sau modificări de limită ale înregistrărilor bioelectrice. Tipul anormalităților este nespecific, iar natura acestor anormalități electroencefalografice este diferită de cele întîlnite la bolnavii de epilepsie, iar pe de altă parte nu s-au constatat la lotul cercetat antecedente eredecolaterale de tip epileptic, iar *nivelul intelectual*

și examenul neurologic erau normale, excluzînd deci semne microlezionale cerebrale. Dezvoltarea intelectuală era optimală. Istoricul acestor personalități patologice se află, după opinia autorilor, într-o relație de coexistență cu o predispoziție ereditară sau cu un stress psihologic, sau cu acțiunea simultană a ambilor factori de mediu intern și extern. Cel mai adesea — subliniază autorii — perturbările precoce ale acestor personalități este în relație predominantă cu factorii constituționali sau ereditari, deși pot fi incriminați și factorii de mediu, care pot determina aceste tipuri de perturbări chiar la o vîrstă fragedă.

Se constată la psihopați trasee electroencefalografice de imaturitate cerebrală în peste 70—80% din cazuri, imaturitate care se consideră că ține atît de *nematurizarea substratului morfo-funcțional dinamic cerebral,* dar că depinde și de o imaturitate emoțională care începe să dispară cînd persoana se apropie de vîrsta de 30—40 ani. Interesant de semnalat că traseele anormale apar în condiții somatice anormale: hiperpnee, hipoglicemie, hiperhidremie etc. Este foarte posibil ca un comportament anormal să apară în asemenea situații cunoscînd că la persoanele care suferă de psihopatie și care sînt înclinate spre acte agresive și impulsive, este prezentă o instabilitate constituțională a sistemului nervos organo-vegetativ, a controlului și influenței sale asupra instanțelor cerebrale superioare.

Se constată după diverși autori că traseele electroencefalografice la psihopații impulsivi prezintă anomalii în proporție de 15—55% din cazurile cu tendință la acte delictuale. La bolnavii psihopați cu antecedente eredo-colaterale epileptice. disritmiile EEG se constată la 5% dintre aceștia cu grafoelemente aproape similare cu epilepsia. Frecvent se remarcă la psihopații impulsivi modificări electroencefalografice ce se corelează cu *modificările abiotrofice fronto-corticale.* (A. Dasios).

Studiile electroencefalografice efectuate pe persoane selecționate ca personal navigant în aviație și care prezentau la testele psihologice o stabilitate emoțională traseele electroencefalografice nu au prezentat anomalii în raport cu persoanele care prezintă instabilitate emoțională. Cea mai mare frecvență a anomaliilor electroencefalografice s-a constatat la persoanele suferind de nevroză, psihoze și la psihopații cu potențial criminogen, așa cum reiese din lucrările lui Hill și Watterson, precum și ale lui Stafford-Clark și Tayilon.

Williams D., de asemenea constată la psihopații cu manifestări agresive modificări EEG pe derivațiile temporale.

D. A. Pond constată că la bolnavii cu leziuni congenitale ale lobului temporal se constată modificări EEG în derivațiile temporale (anterioară caudală) cu descărcări ritmice de 4—7 c/s și comportare afectivă cu semnificație asocială.

M. E. Drake jr. și colab. (1992) studiind potențialele evocate și latența auditivă la 23 pacienți cu comportament impulsiv, agresiv și violent, constată că 6 pacienți aveau EEG normal, iar 7 dintre aceștia prezentau modificări difuze sau focale, ceea ce îi determină pe autori să conchidă că disfuncțiile cerebrale nespecifice ca și modificările EEG pot fi asociate cu perturbările impulsive, iar stările episodice de perturbare a controlului pot fi asociate cu alte disfuncții cerebrale chiar minimale.

Gribbens T.C.N., Pond D.A., Stafford-Clark D., constată la criminalii psihopați o mai mare frecvență (de 4 ori mai mare) a anomaliilor electroencefalografice comparativ cu criminalii nepsihopați.

Williams D., consideră că nu se poate face o corelare între gradul leziunilor exprimate în cercetările EEG în derivațiile temporale și agresivitate. Autorul consideră că în cazul agresivității la bolnavii psihopați cu manifestări antisociale este importantă interrelația dintre rinencefal (lob limbic ca sistem primitiv și de integrare primară cu trunchiul cerebral). Disfuncția acestui sistem, trunchi cerebral (SRAA) — și rinencefal (lob limbic) care asigură adaptarea organismului la mediu este responsabilă de agresivitatea psihopaților. Autorul consideră ca argument al opiniei sale faptul că proiecția SRAA a trunchiului cerebral se face prin nuclei laminari și rinencefali pe neocortexul temporal de la care nivel sînt culese anomaliile EEG. O dovadă în plus o constituie izbucnirile agresive în epilepsia temporală în perioadele intercritice, fenomene agresive care nu dispar nici după intervenția neurochirurgicală.

J. Ogiso și colab. (1993) au studiat relațiile dintre simptomele clinice și perturbările EEG la un număr de 41 personalități patologice borderline cuprinși între vîrsta de 18—30 ani și un număr de 21 personalități nonborderline evidențiind că vîrfurile pozitive apar la pacienți cu manifestări impulsive în timp ce undele și vîrfurile fantomă au apărut la pacienții cu un înalt scor pentru pacienții cu relații interpersonale. Rezultatele studiului au arătat că personalitățile patologice borderline includ acei subiecți la care vul-

nerabilitatea funcției cerebrale joacă un rol important în structurarea celor două tipuri de comportamente bioelectrice semnalate mai sus.

E. Crighel, Ana Murguleț, prin „cercetările efectuate pe un lot de 70 copii cu sindrom hiperchinetic și cu dezvoltare normală a intelectului, care au fost urmăriți timp de 3—9 ani din punct de vedere clinic și electroencefalografic, au arătat următoarele :

— La primul examen EEG au fost trasee normale în 18%, paranormale (mici semne de hiperexcitabilitate) în 61%, de tip epileptic în 5,5% și de nematurare EEG în 15% din cazuri.

— Atît din punct de vedere clinic cît și electroencefalografic se constată o normalizare sau o ameliorare marcată, în special dacă se depășește perioada puberală. Medicația în perioada de timp respectivă a fost sporadică și nu putea influența traseele EEG, iar la mulți copii nu s-a instituit un tratament medicamentos, aplicîndu-se numai metode psihoterapeutice.

— Compararea cu un lot de copii cu sindrom hiperchinetic, însă cu întîrziere în dezvoltarea intelectului, nu arată deosebiri esențiale.

— Se conchide că sindromul hiperchinetic reprezintă o tulburare de acomodare la anumite condiții de mediu, cerute în special de acomodarea la școlaritate, care este favorizată de unele tulburări funcționale determinate fie de o deficiență biologică, fie de condițiunile fiziologice ale pubertății".

A. Secăreanu, Felicia Hanganu, subliniază că „din considerente teoretice cît și practice studiul activității bioelectrice cerebrale la psihopați constituie un subiect de actualitate. Cercetările care au abordat această temă pe lîngă datele statistice referitoare la procentul „anomaliilor EEG" comparativ cu loturi de martori, au căutat să stabilească și o eventuală relație între aspectul EEG și anumite trăsături ale personalității.

Nu este lipsită de interes nici corelarea tipurilor de anomalii EEG întîlnite la copii cu tulburări de comportament, cu cele de la psihopații adulți. În acest cadru, pe o cazuistică proprie, în majoritate adolescenți și adulți tineri fără antecedente organice cerebrale sau manifestări epileptice confirmat eclinic, autorii analizează aspectele EEG în înregistrări standard și după activări farmacologice.

Euzière şi colab. explorează electroencefalografic un număr de 7 copii cu tulburări de comportament (caracteriale) şi constată trasee perturbate într-un număr de 68% din cazuri. Dintre aceştia 8% prezentau trasee de petit mal, 8% traseele aveau caracter focal localizat pe un singur emisfer, ceea ce ar implica probabil o veche encefalită, o disritmie lentă poliritmică în 52% din cazuri exprimînd imaturitatea corticală.

Gleize consideră că marea frecvenţă a anomaliilor lente, neregularitatea traseelor, disritmia poliritmică şi sensibilitatea exagerată la hiperpnee pot constitui criterii electroencefalografice care atestă imaturitatea bioelectrică cerebrală a creierului copiilor inadaptabili.

Studiile electroencefalografice la copilul şi adolescentul cu tulburări primare de caracter (comportament) efectuate de diverşi autori permit desprinderea unei concluzii unanime că traseele EEG sînt perturbate în majoritatea cazurilor, însă procentele traseelor alterate sînt diferite. Aceste diferenţe se datoresc după toate probabilităţile complexităţii tulburărilor primare de comportament în raport cu rezultatele globale ale traseelor.

Din datele unui studiu întreprins de noi pe un număr de 123 electroencefalograme efectuate la copiii şi adolescenţii cu tulburările de comportament au rezultat următoarele aspecte : 50% din cazuri traseele au caracter patologic, modificările înregistrate de noi avînd caracterul unor disritmii lente poliritmice, ceea ce traduce imaturitatea corticală. În ce priveşte un număr de 21 trasee EEG la copiii şi adolescenţii cu traumatisme cranio-cerebrale în antecedente 89,9% au avut caractere patologice dintre care 51% aveau caracter de tip comiţial, iar din totalul celor exploraţi 68% prezentau tulburări de comportament.

I. Roman şi V. Predescu, au studiat electroencefalografic un lot de 200 bolnavi cu vînstă mijlocie între 20—45 ani, împărţiţi în două grupe : psihopatii 168 cazuri, psihopatoizi 32 cazuri. Modificările bioelectrice au fost întîlnite la 66% din bolnavi, restul de 34% au prezentat trasee normale. Subiecţii cu modificări bioelectrice au fost distribuiţi după aspectul morfologic al traseului în trei subgrupe : în derivaţiile occipitale, reactivitate marcată la hiperpnee ; traseu cu modificări funcţionale 22% (ritmurile fundamentale alfa şi beta prezente, dar cu caractere morfologice, repartiţie spaţială şi indice, diferite de reacţiile bioelectrice întîlnite la normali ;

hipovoltaj marcat cu procentaj crescut de activitate rapidă, alfa lent neregulat sau alfa amplu ascuțit, ca și focare pasagere de teta mediovoltate în derivațiile temporale, cu modificări de tip lezional 10% (disritmice, cu ritm teta polimorf lent 4 cicli pe secundă intricat cu delta izolate sau grupate). Anomalii paroxistice s-au întîlnit în 20% din cazuri. Modificările bioelectrice au fost analizate în fiecare grupă și corelate cu forma clinică și simptomatologică dominantă. Întregul lot a fost comparat cu alte două loturi egale de bolnavi (îndeplinind aceleași condiții bărbații cu vîrstă medie) : unul corespunzînd bolnavilor cu nevroză și alt lot cu bolnavi epileptici. Autorii au desprins că psihopații se aseamănă prin modificări EEG funcționale cu cele întîlnite în nevroze, iar prin modificările EEG paroxistice cu cele descrise la epileptici. La toți bolnavii cu descărcări paroxistice s-au făcut activări cu Ahypnon 25—30 cm i.v. pentru a se elimina epilepsia. La activări, psihopații aduc anomalii paroxistice nespecifice și difuze și fără să provoace crize comiționale, spre deosebire de epileptici, unde în 80% se înregistrează la activările medicamentoase, anomalii specifice și chiar criza clinică la doze mici de ahypnon. Bolnavii impulsivi și agresivi tineri au fost comparați din punct de vedere EEG cu un grup de boxeuri ce prezentau manifestări agresive evidente. În timp ce la psihopații excitabili și agresivi s-au constatat trasee imature, paroxisme lente, ascuțite, difuze și localizate în derivațiile temporale, atît prezentat în majoritatea cazurilor trasee EEG norboxeuri a prezentat în majoritatea cazurilor trasee EEG normale. Aceste rezultate ar putea sugera ipoteza unor mecanisme patogenice rinencefalice care să explice manifestările impulsive și de agresivitate ale unor psihopați, presupunîndu-se că aceste manifestări ar fi legate de existența unor leziuni discrete sechelare ale rinencefalului, încriminat în procesele de maturizare a electrogenezei".

Oprica Cravcevschi și Maria Stratone, relevă că studiul corelațiilor electro-clinice la 37 copii cu tulburări de comportament au îmbrăcat formele cele mai frecvente sub formă de:

— epileptoizi clinic 16 cazuri din care cu disritmii majoritatea de tip comițial (11 copii realizînd procentul de 68,7%);

— neurasteniformi : clinic 8 cazuri, cu EEG alterat de tip disritmic în 5 cazuri reprezentînd 62,5% ;

— sechelari după meningo-encefalită (și cu deficiențe neuromotorii) 5 cazuri cu alterații EEG etipice, difuze în toate cazurile ;

— debutul unor psihoze 3 cazuri cu alterații EEG tipice cu frecvente unde de imaturitate ;

— 5 copii cu carențe educative grave din mediu traumatizant permanent (conflictuali, microdelicvenți etc.), fără o patologie încărcată în anamneză la care EEG a ieșit alterat de tip iritativ în 60% din cazuri (3 cazuri).

În concluzie, există o corelație certă electro-clinică în tulburările de comportament la copil. La majoritatea acestor cazuri (72,9%) indiferent de forma clinică pe care o îmbracă, EEG apare alterat, iar persistența undelor teta (de imaturitate corticală) peste 8—10 ani este constantă. Incontestabil că factorii de mediu au o influență covîrșitoare.

A. Sen și I. Roman au studiat relațiile între activitatea bioelectrică corticală și dinamica atenției pe un lot de 21 subiecți, adolescenți cu tulburări de comportament. S-au efectuat electroencefalograme și s-au aplicat probe de căutare a numerelor 1—36. În raport cu morfologia electroencefalografică, subiecții au fost împărțiți în 3 subgrupe : traseu normal, traseu cu modificări funcționale (prezența ritmurilor alfa și beta cu morfologie, indice și frecvență diferită de variațiile normale) și traseu imatur. s-au calculat de asemenea pentru fiecare grup în parte media a 36 latențe cunoscute la o variantă dirijată a probei și timpul total de efectuare într-o variantă independentă a aceleiași probe. Rezultatele au fost următoarele :

a) Toți subiecții au obținut la ambele probe indici crescuți față de martori semnificînd o scăzută mobilitate a atenției în ciuda comportamentului lor frecvent hiperchinetic.

b) Grupul cu traseu EEG normal obține în acest cadru cele mai bune performanțe, urmat de grupul cu modificări EEG funcționale și de grupul cu traseu EEG imatur, plasat în poziția cea mai nefavorabilă.

c) Spre deosebire de martori, la toate subgrupele varianta independentă a probei obține valori superioare celor obținute la varianta dirijată, care implică respectarea unui instructaj mai riguros.

Autorii subliniază astfel că tulburarea de comportament implică unele aspecte aferente și nivelurilor mai elementare de reactivitate cerebrală.

„I. Roman, E. Paraschivescu, E. Costiner, C. Oancea, au prezentat rezultatele examenelor electroencefalografice și pneumoencefalografice efectuate la un grup de 215 copii cu tulburări de comportament, fără epilepsie, de ambele sexe, cu

vîrsta între 7—16 ani, internați în serviciul de neuropsihiatrie a clinicii. S-au găsit 139 (64,6%) copii cu intelect normal și 76 (35,4%) copii cu debilitate mintală ușoară. La cei cu intelectul normal s-au delimitat următoarele categorii : instabili (44 bolnavi, 32%) ; excitabili (39 bolnavi, 28%); un grup mixt excito-instabil (30 bolnavi, 21%) ; reactivi (15 bolnavi, 11%) ; psihopatoizi (8 bolnavi, 7%). Din totalul traseelor EEG numai 35% au fost normale, majoritatea de 65% fiind patologice. Comparînd traseele EEG ale celor 2 grupuri delimitate prin nivelul mintal, se găsesc anomalii într-o proporție apropiată și anume, la cei cu intelect normal în 61%, iar la cei cu debilitate mintală ușoară în modificări bioelectrice ce nu pot fi înglobate în tulburările de maturizare și care constau în instabilitatea ritmurilor, neregularitățile traseelor, apariția de anomalii iritative, de multe ori funcționale (alfa ascuțit, vîrfuri mici, theta ascuțit, paroxisme de unde delta ascuțite în hiperpnee). La debilii mintali aceste anomalii s-au evidențiat numai în 16% din cazuri, traseele fiind mai stabile și anomaliile iritative nespecifice, funcționale ,mai rare.

Lotul de debili mintali a avut o proporție mărită de trasee imature (50%) — imaturitatea poate să fie legată de factori biologici (ereditate, tulburări metabolice), encefalopatii (traumatisme), infecții, care întîrzie procesul de maturație bioelectrică, cerebrală, leziunea rămînînd bine exprimată clinic. Cea mai mare proporție de trasee modificate (în sensul arătat mai sus) apare la psihopatoizi (62%) și cea mai mică la reactivi (7%).

În rest repartiția tipurilor de trasee în raport cu categoriile clinice este foarte neregulată, în bună parte, datorită vîrstei diferite a copiilor examinați, ceea ce nu permite detașarea unei legități. Pneumoencefalograma (peg) a fost patologică în 69% din cazuri (hidrocefalee interne simetrice și asimetrice), atropii corticale, dilatarea cisternelor de la bază ș.a.); la debili mintali s-a găsit o proporție mai mare de peg patologic (77%) față de normali (65%). Diversele tipuri clinice : instabili, excitabili, nu au avut diferențe semnificative în proporția de pneumoencefalografii patologice. Au fost neconcludente 18% din peg. Doar 11% au avut peg normal (13% din copiii cu intelect normal și 8% din cei cu debilitate mintală), ceea ce confirmă încă odată importanța deosebită a factorilor somatogeni în geneza tulburărilor de comportament la copiii din lotul cercetat de autori. Cel mai mare număr de peg normale s-a găsit la reactivii cu intelect normal (40%) însă fap-

tul că la alți 40% din același lot peg este patologică, arată că trauma psihică, în multe cazuri, cade pe un teren care nu era indemn. Corelînd datele eeg și peg au reieșit următoarele: la 21 cazuri (15%) atît eeg cît și peg au fost normale; la 96 (55%) cazuri — atît eeg cît și peg erau patologice; la 10 (6%) cazuri peg a fost normal și eeg patologic; la 48 (27%) cazuri, eeg a fost normal sau ușor modificat în timp ce peg a fost sever modificat. Din datele de mai sus reiese că în majoritatea cazurilor eeg este concordant cu peg; există totuși un procentaj relativ important de neconcordanță, legate de unele posibilități de maturizare bioelectrică chiar în cazul unui substrat cerebral lezat; astfel se explică existența unor eeg normale la debili mintali sau microsechelari. În concluzie, examenele electro și pneumografice furnizează informații prețioase privitoare la starea substratului organic cerebral, ajutînd la orientarea diagnosticului, stabilirea indicațiilor terapeutice și prognosticului fiecărui caz în parte, însă numai printr-o strînsă corelare cu datele clinice".

K. Csiky — în 1953, scria că factorii patogeni acționează intrauterin sau în primii ani în producerea unei psihopatii.

Leziunile nu sînt așa de intense încît să producă o oligofrenie sau altă boală organică de focar însă atrag o insuficiență a activității nervoase superioare la care dacă se adaugă condiții nefavorabile de mediu trăsăturile vor lua o direcție patologică în formarea lor.

Investigațiile EEG, efectuate de K. Csiky (1976) au demonstrat existența unor grafoelemente patologice critice la personalități cu comportament psihopatic și care nu avuseseră în antecedente nici o manifestare de tip comițial. Autorul consideră că în psihopatiile adevărate sau primare factorul predispozant familial-genetic este prevalent iar „elementele de influențare negative, de destructurare a personalității psihice printr-un mediu adecvat — începînd mai cu seamă din mica copilărie — dar și mai tîrziu, lipsit de căldura afectivității materno-paterne, care ajută la dezvoltarea armonioasă a afectivității față de oameni, la „socializarea acestei personalități, sînt de o mai mare pondere față de cele genetice, familiale sau chiar lipsesc. *Numai în aceste cazuri vom vorbi deci de psihopatii adevărate. Iar cînd elementele legate de un mediu familial-social destrămat prevalează în mod hotărîtor vom vorbi mai mult de sociopatii*" (subl. ns. M.Ș.). (vezi și capitolul epidemiologia psihopatiilor).

FACTORII PSIHOSOCIALI

Aici, așa cum aminteam, se pune problema, mereu actuală, a corelațiilor dintre mediu și ereditate în toată complexitatea implicațiilor sale. Împreună cu N. Petrilowitsch trebuie să menționăm că : „Puterea modelatoare a mediului social sudează într-un tot unitar influențele ereditare și cele de mediu general. Sudarea într-un tot unitar este atît de mare încît toate reacțiile psihopatice și toate comportamentele psihopatice care par „destin", lasă impresia că sînt determinate numai și numai ereditar. Sîntem de părere că importanța trăirilor conflictuale și a traumelor infantile a fost exagerată de mulți autori, mult mai importantă este „atmosfera" și „ambianța socială" în care copilul se dezvoltă și care este un fluid continuu și nu o serie de traume violente și episodice".

Discutăm despre om și despre mediul psihosocial în determinarea comportamentului uman normal vorbind despre cultură, conștiință, de acțiunile și trăsăturile psihice superioare și particulare omului și despre capacitatea sa de a-și înfrînge structurile psihice primare — arhi- și paleopsihice — pe care le avem comune cu animalele, așa cum sînt iritabilitatea, reflexul, înlănțuirile de reflexe (instinctele), afectivitatea primară (dispoziția, emoțiile, afectele), sufletul — acesta din urmă aflîndu-se la antipodul și totuși în interiorul structurilor conștiinței. Întreaga civilizație umană este o luptă a omului împotriva izbucnirii unor manifestări arhetipale din structura propriei naturi, vrem să spunem din structura vieții sale proprii. Problema fundamentală care se pune este aceea de a găsi punctul optim în care manifestările vieții să se afle într-un echilibru optim în raport cu cerințele pe care viețuirea în mediul psiho-social creat de om le contrapune vieții naturale. Poate că atunci cînd vorbim de normalitate psihică, de

normalitatea constructelor, despre acest punct de echilibru dintre natură și cultură va fi necesar să vorbim. De aceea este atît de greu de definit normalitatea în opinia noastră și de aceea este atît de grea abordarea studiului personalităților patologice. Realizarea unei conduite normale pentru fiecare om, este într-un anume fel un anume mod de înfrîngere inevitabilă a propriei sale naturi și atunci pînă unde lăsăm să se manifeste natura în mod liber și pînă unde acceptăm, tot liber — atît cît putem fi de liberi — să-și impună exigențele civilizației și culturii ? Răspunsurile sînt greu de dat și considerăm că nici n-au fost încă oferite și ne îndoim că se vor oferi vreodată — decît doar modele ideale.„ Modelele optimale se pare că țin de bunul simț, dar numai cu bunul simț nu se pot stăpîni fiarele sălbatice care se dezlănțuie la unii dintre semenii noștri, nedreptățiți de natură încă de la naștere sau pervertiți în mod aberant printr-un mediu psiho-social tot atît de nemilos cu unii cum a fost natura cu alții.

Ar mai fi de adăugat că pe măsură ce cultura și civilizația evoluează, îndepărtează pe om de natură în cel puțin două ipostaze : o îndepărtare de natură cît mai mare prin mediul nou care și-l creează și o alta care este îndepărtarea de propria sa natură, de natura sa individuală. Aceste două ipostaze nu se realizează fără conflicte și uneori fără convulsii interioare pe care nu le conștientizăm totdeauna. Atunci cînd ele explodează sînt ele comportamente aberante, sau sînt comportamente care apasă viața însăși ?

D. R. Lunz, consideră că în comportamentul persoanelor cu anomalii psihice se manifestă o împletire complexă între factorii sociali (în special socio-psihologici) și biologici. Înțelegerea acestei interrelații determină aprecierea *stării psihice* a acestor persoane și rolul pe care-l joacă în comportamentul lor particularităților patologice proprii. Diapazonul de acțiune al factorilor sociali este foarte larg. Ei pot să producă agravări și modificări patologice sub forma așa-numitelor *psihopatii marginale* (O. V. Kerbikov). În alte cazuri particularitățile conduitei aberante se exprimă numai în conținutul conștiinței și în sistemul de valori al personalității, dînd o anumită direcție comportamentului care uneori are un aspect nonconformist fără a fi și patologic totdeauna. Prin aceasta se poate crea acel complex de manifestări exterioare care duce la mari dificultăți de diagnostic diferențial, necesitînd delimitarea acestor stări nu numai de normalitate dar și de stările procesuale chiar.

Psihiatria dispune de o importantă experienţă de mai mulţi ani în studiul stărilor de graniţă (psihopatii, stări psihopatoide ş.a.) care a fost elaborată nu numai pe baza experienţei din spitalele psihiatrice, dar şi pe bază de expertiză psihiatrică judiciară, precum şi din studiul condiţiilor extraspitaliceşti în care se găsesc aceste persoane în familie, producţie etc., persoane care au fost asistate în condiţii ambulatorii în dispensarele psihiatrice. Date importante au fost obţinute din acţiunile de psihoterapie aplicate persoanelor psihopate.

Aceste studii au arătat că în majoritatea covîrşitoare a cazurilor, spre deosebire de bolnavii psihici, acest persoane sînt capabile să-şi aprecieze cu discernămînt acţiunile şi să le dirijeze. Aceasta arată că în comportarea lor trăsăturile psihopatologice particulare personalităţilor patologice sînt conştientizate, iar comportamentul aberant pe care-l dezvoltă se manifestă în ultimă instanţă într-un cadru dat psiho-social şi este determinat de intervenţia unor factori biologici, psihologici şi/sau sociali, care nu dezorganizează cîmpul conştiinţei fără a altera discernămîntul.

Cele de mai sus arată că nu este posibil ca orice act antisocial, disocial sau asocial, al psihopaţilor şi al persoanelor cu comportament psihopatoid să fie considerat numai ca expresia nemijlocită a particularităţilor lor patologice. N-ar fi corect să se aprecieze gravitatea manifestărilor antisociale şi a tulburărilor adaptării sociale ca indicator al gravităţii anomaliei patologice, fără a lua în considerare rolul factorilor biologici şi socio-psihologici în comportamentul persoanelor cu anomalii grave de conduită. Aceasta la rîndul său ar fi posibil să genereze greşeli de asistenţă clinică, de expertiză psihiatrică judiciară precum la fel se poate risca neinstituirea unor măsuri de readaptare socială a acestor persoane.

S. J. Goldman şi colab. (1992) au studiat un număr de 44 copii cu tulburări de personalitate de tip borderline cu 100 copii normali şi au constatat că la cei 44 copii din primul grup prezentau o mai mare prevalenţă a abuzurilor fizice sau sexuale, ori a ambelor tipuri de abuzuri în structurarea comportamentului aberant.

Elena Lupaşcu, Eugenia Volvoreanu, au efectuat un studiu pe un număr de 106 copii cu tulburări de comportament reactive la condiţii de mediu defavorabile. Din acest lot, un număr de 48 de copii în vîrstă de 12 ani pînă la 16 ani, de ambele sexe au prezentat în perioada latentă (anterioară apa-

riţiei tulburărilor de comportament), semnele unei nevroze infantile de diferite tipuri : pavor nocturn, automatism nocturn, insomnie, oboseală, instabilitate psihomotorie, irascibilitate, ticuri etc.

„La aceşti subiecţi s-a observat din mică copilărie o labilitate a sistemului nervos central manifestată prin : emotivitate crescută, reacţii afective puternice, acest teren fiind apoi fragilizat de pariţia pubertăţii. În condiţii de mediu defavorabil, situaţii conflictuale repetate, create de o toleranţă scăzută a mediului familial faţă de unele excese caracteriale ale copilului, fac ca aceste manifestări nevrotice la început — să îmbrace ulterior aspectul unor tulburări de comportament majore : abandonul şcolii, fuga de acasă, minciună, furt, agresivitate etc. Răspunsul caracterial în aceste cazuri nu este decît o descărcare a tensiunii psihice ajunse la paroxism, o descătuşare anxioasă, exteriorizată prin conflictul cu mediul înconjurător. Dacă acest conflict persistă mult timp se ajunge la fixarea în caracterul copilului a acestor manifestări patologice. Fondul nevrotic al acestor tulburări de comportament ne face să gîndim că numai măsuri educativ-pedagogice sau scoaterea din mediul patogen al copilului, nu sînt suficiente pentru a le suprima, o psihoterapie adecvată şi o terapie medicamentoasă blînde printr-o sanatorizare prelungită sînt se pare mult mai eficiente în unele cazuri".

Dintre *factorii etiologici*, familia cu zestrea sa ereditară şi socio-culturală deţine un rol particular de important. Anamneza familială, relevă că „printre rudele personalităţilor psihopatice", — scriu Gurieva şi Ghidinkin — bolile psihice au fost semnalate în 48,5% cazuri. Printre rudele dezechilibraţiilor psihici alcoolismul a fost găsit în 14% din cazuri ; iar în cazul rudelor delicvenţilor infantili în 80% din cazuri ; după diferiţi autori, aceste noţiuni sînt aproape identice. După datele lui Gregory, părinţii sociopaţilor folosesc alcoolul în mod abuziv în 20% din cazuri (adică mai frecvent decît alte grupe). Vinear şi coautorii au dovedit statistic importanţa „comportamentului antisocial" al tatălui cu diagnosticul prezumtiv de personalitate sociopatică sau de alcoolism.

După datele lui Favier şi coautorii, defectul parental (lipsa unuia sau a ambilor părinţi, fie dezechilibrul psihic din partea unuia din ei) se întîlneşte la persoanele dezechilibrate psihic de 2—3 ori mai frecvent decît la cele din mediul obişnuit.

Dacă se însumează datele unui şir de autori se poate ajunge la concluzia că cercetările străine au constatat în cazul personalităţilor psihopatice existenţa unei asemenea familii la care numeroşi membri prezintă unele sau altele din tulburările psihice enumerate mai jos : părinţii psihopaţilor suferă adeseori de alcoolism, îşi termină adeseori viaţa prin sinucidere ; în multe cazuri se constată moartea sau fuga din familie a unuia dintre părinţi, precum şi naşteri în afara cadrului legal al căsătoriei. Mamele multor personalităţi psihopatice se ocupă adeseori cu prostituţia ; părinţii sînt lipsiţi adeseori de onestitate morală ; în anamneza personalităţilor psihopatice, mai frecvent decît în cazul altor bolnavi, există indicaţii despre acte de viol din partea tatălui vitreg. Adeseori părinţii nu doresc apariţia copilului. Familiile în care pacientul se naşte totuşi sînt de obicei extrem de defavorabile. Se constată frecvente dezordini, situaţii familiale nefavorabile din punct de vedere economic. În majoritatea cazurilor educaţia copiilor pe care o primesc în asemenea familii este deficitară, incorectă, în parte din cauza existenţei printre părinţi a unor persoane rigide, pedante care nu înţeleg lucrurile elementare ale educaţiei. Destul de des părinţii se opun făţiş instituirii unui control asupra copiilor. Ca rezultat al acestei situaţii, în familie se instaurează o atmosferă tot mai ameninţătoare"

„V. V. Kovaliov arată că problema tulburării formării personalităţii are o importanţă extrem de mare nu numai pentru psihiatri dar şi pentru pedagogi şi sociologi. Printre numeroasele varietăţi de formare patologică a personalităţii la copii şi adolescenţi, unul din locurile cele mai importante revine formelor condiţionate psihologice, numite adesea şi dezvoltări patologice ale personalităţii. Geneza lor e legată de acţiuni defavorabile ale micro-mediului, educaţie incorectă, traume psihice şi trăiri conflictuale. Cu toată marea actualitate şi importanţă practică a problemei date, ea a fost studiată clinic extrem de puţin, există o mare divergenţă în tratarea noţiunii de dezvoltare patologică a personalităţii, o atitudine controversată clinico-nosologică asupra acestei grupe, lipseşte o clasificaţie precisă a ei, dinamica dezvoltărilor patologice ale personalităţii la copii şi adolescenţi este puţin cercetată. Ne apare ca necesară înainte de toate o delimitare, pornind dintr-un punct de vedere ontogenetic, a formării patologice personalităţii în procesul maturizării ei şi al dez-

voltării patologice a personalității formate (armonică sau psihopatic-dizarmonică).

Experiența arată că este adecvată separarea a trei grupe de condiționare (în sensul larg arătat mai sus), patologică psihogenă a personalității : 1) formare patologică a personalității în legătură nemijlocită cu o educație incorectă și situații psiho-traumatizante (modificări de caracter condiționare reactiv după G. E. Suhareva, dezvoltare patocaracteriologică după O. V. Kerbikov) ; 2) dezvoltare nevrotică a personalității ca urmare a evoluției nefavorabile a nevrozelor ; 3) formare patologică a personalității prin defecte fizice (orbire, paralizie cerebrală infantilă ș.a.) și boli somatice cronice (leziuni cardiace ș.a.) care apar la vîrsta copilăriei.

În fiecare dintre grupele menționate mai sus se desprind variante în raport cu mecanismele de producere și cu sindromul predominant. Astfel, în prima grupă pot fi deosebite formările patologice ale personalității în urma fixării reacțiilor patocaracteriologice : prin opoziție, imitație ș.a. Un loc deosebit în aceeași grupă revine formărilor patologice ale personalităților în urma stărilor reactive acute, depresive, fobice ș.a. Sînt discutate problemele particularităților clinice ale dinamicii formărilor patologice ale personalității la copii și adolescenți în diferite perioade de vîrstă. În legătură cu asemănările mai mari sau mai mici dintre modificările comportamentului în grupele descrise și comportamentul în psihopatii (de nucleu, constituționale) are importanță prelucrarea criteriilor delimitării lor".

Trebuie să semnalăm că în cadrul corelațiilor dintre psihopatie și mediul social în care cercetării microsociologice îi revine un rol important, se impune studierea atentă a personalității premorbide deoarece : „reacțiile anormale le fac de obicei persoanele anormale. Sînt foarte puține cazurile în care condițiile de mediu să fie atît de cumplite, încît să putem constata cu certitudine că reacția a depins numai și numai de mediu și că persoana care a făcut-o este una normală" (N. Petrilowitsch).

Este important să subliniem de la început că înțelegem prin mediu exterior nu numai mediul natural ci și mediul social prin intermediul căruia acționează naturalul asupra omului. La rîndul său mediul social îl vom înțelege la nivelul tuturor componentelor complete pe care le presupun relațiile sociale precum și întreaga suprastructură ideologică, științifică

și instituțional-statală cu totalitatea legilor sale scrise și nescrise, cu datinile, obiceiurile, moravurile și cultura sa.

Dacă vom înțelege cultura societății nu ca un dat sau un sumum de valori moarte, ci ansamblul operei milenare a oamenilor, producția lor materială și spirituală de la unelte și procedee de muncă, pînă la conduitele morale și creațiile artistice, științifice, inclusiv dezvoltarea capacităților care face posibilă această producție, atunci vom înțelege unilateral, îngust subiectul atît de mult abordat de sociologice, psihologie, antropologie, etnografie (cu care psihiatria are legături).

Sociologia remarcă în ceea ce privește cultura, caracterul ei comportamental foarte complex. În acest sens, definițiile care urmează și care aparțin lui Ralph Linton și lui Margared Mead subliniază tocmai acest aspect : „Cultura este configurația generală a compomentelor învățate... adaptate și transmise de către membrii unei societăți date", sau : „Prin cultură înțelegem ansamblul formelor de comportament dobîndite pe care un grup de indivizi uniți printr-o tradiție comună le transmit urmașilor... Cuvîntul acesta arată deci nu numai tradițiile artistice, științifice, religioase și filozofice ale unei societăți, ci și tehnicile proprii, moravurile de a prepara și consuma alimentele, maniera de a îngriji copiii...". Elementul educativ este implicat în cultura care începe acolo unde se restrînge sau încetează influențele directe ale naturii. Am subliniat acest aspect pentru a evita o confuzie care s-ar putea crea în cazul că termenul de cultură ar fi luat în sens restrîns. Dar nici nu trebuie să considerăm că acest termen reușește să subsumeze toată influența mediului social deoarece cultura nu poate transmite tot ceea ce înseamnă mediu natural și social și care acționează pe terenul particularităților fizice, afective, voliționale și intelectuale, modelînd personalitatea în mod armonic sau dizarmonic, nu numai pe baza aspectelor calitative pozitive sau negative ale acestor excitanții, ci și în corelație cu aceste trăsături. Pe de altă parte nu vom înțelege capacitatea de a recepționa și reacționa la acești excitanți adaptîndu-se sau nu lor dacă nu am avea în vedere posibilitățile de dezvoltare fizică și psihică, capacitățile de a învăța, de a se educa și perfecta caracteristice fiecărui om. De asemenea nu am putea să înțelegem multe din reacțiile oamenilor dacă nu vom aborda problema receptivității psihice la anumiți excitanți din mediul social, sugestibilitatea și simpatia psihologică prezentă la fiecare om în

funcție de nivelul său de integrare ideo-afectivă dar și de particularitățile sale temperamental caracteriale.

În același timp se impune a lua în considerare că personalitatea umană nu este un sistem microdispersat de calități metastabile, în care nu putem să recunoaștem o anumită autonomie interioară, dinamică, în raport cu vîrsta și cu structura sa ideo-afectivă, care-l face să nu fie un simplu pion la dispoziția factorilor de mediu, pentru că aceștia sînt prelucrați totdeauna în mod specific fiecărui om, într-o structură particulară. Felul în care se prelucrează constant, factorii de mediu de către individ, este însuși nucleul caracterial al omului. În toate cazurile în care nu putem observa această constanță în reactivitatea individului, trebuie să ne gîndim la o persoană anormală. Caracterul isteric și tipul megaloman se deosebește de rest tocmai prin această sugestibilitate mărită, prin această incapacitate la constanță, de vreme ce reacționează la întîmplare la toate traumele mari sau mici, ale mediului. Psihopatul nestatornic este expresia și mai pregnantă a acestei inconstanțe" (N. Petrilowitsch).

În același timp trebuie să admitem că în funcție de vîrstă, plasticitatea umană este diferită și că pe măsură ce se structurează trăsăturile fine ale personalității, eficiența influențelor de mediu scade. De aceea „trăirile și evenimentele excepționale după opinia lui Petrilowitsch — pot îmbogăți structura persoanei adulte, dar nu o mai pot schimba. Apariția tardivă a unor trăsături paranoide sau ipocondrice nu este un contra-argument : este vorba numai de decompensarea unor trăsături preexistente, care au ajuns în situația dezinhibată de a se putea, în sfîrșit manifesta. Reacțiile ateroscleroticilor sînt cel mai bun exemplu în acest domeniu ; inferioritatea afectivă determinată de leziunile vasculare, face să sară pe primul plan o trăsătură pe care de-a lungul unei vieți întregi individul a știut s-o dreseze și s-o țină pe planul al doilea. Psihiatria clasică a ajuns să acorde o importanță prea mare influențelor ereditare și nu și celor de mediu, pentru că ea a studiat în mod unilateral influența mediului asupra individului adult gata format, lipsind psihopatologia de aspectul evolutiv al problemei. Cu toate că este dificil să separăm la un om adult ceea ce este dat genetic de la naștere genotipul, și ceea ce este conferit de la mediu, (fenotipul) cei mai mulți cercetători și în particular psiho-sociologii sînt de părere că ceea ce deosebește omul de animal și totodată ceea ce își pune manifest pecetea specifică a culturii și civi-

lizației asupra comportamentului este tocmai atitudinea omului față de mediu și prelucrarea acestui mediu iar în această atitudine și prelucrare genotipul și fenotipul ajung să se contopească făcînd aproape imposibilă disocierea lor. Mediul, pe de altă parte, a fost apreciat de mulți, în mod greșit, subevaluat sau supraevaluat de alții, pentru că prin mediu cei mai mulți medici psihiatri, psihologi, sociologi etc., înțeleg doar evenimente excepționale, ceea ce evident este un mod greșit de a aborda problema influenței pozitive sau negative a mediului social ca și a mediului în general. Chiar și în psihologia infantilă s-a judecat într-un mod prea antropomorfizat corelația dintre EU și lume. „S-a judecat cu ochi de matur" — scrie Petrilowitsch — opoziția EU—lume a sugarului și a copilului mic, opoziție care în realitate, nici nu există. S-a judecat psihologia infantilă cu categoriile adultului ca și cum copilul ar fi capabil de procese fine de abstractizare. Indiscutabil că separarea factorilor de mediu de cei ereditari este una din operațiile psihologice cele mai dificile. Este eronat să se spună „mediu exterior" societății în care copilul își trăiește primele faze de dezvoltare. Factorii exteriori nu sînt o supraadăugare, nu vin să se lipească ca ceva străin de structura copilului, ei cresc organic împreună cu bagajul ereditar al copilului. Înnăscut și dobîndit, sînt două realități cu o singură manifestare, din primele clipe de existență a individului" (N. Petrilowitsch), din contopirea unitară și unică a moștenirii ereditare cu ereditatea culturală, psihosocială rezultînd ceea ce în vorbirea curentă se numește *fire.* Recunoscînd atît Petrilowitsch cît și Ghindikin, Kerbikov și Mayer-Gros, P. Salte și M. Roth ș.a., rolul influențelor sociale negative în formarea personalității psihopatice se poate conchide asupra punctului de vedere unanim că direcția în care se va dezvolta o personaă cu o ereditate încărcată sau un om normal dar cu fragilități de integrare neuropsihică depinde de atmosfera psiho-socială a primilor ani, indiferent dacă persoana respectivă este normală sau anormală. Cu alte cuvinte împletirea unitară, indisociabilă și ireductibilă dintre factorii biologici, psihologici și sociabili, determină ceea ce se va configura în dinamica individualității — *personalitatea.* În legătură cu problema psihopatiilor și cu unele inegalități comportamentale ale omului normal N. Petrilowitsch la fel ca și alți psihiatri precizează că : „Judecînd problema ontogenezei psihopatiei, trebuie să avem de la bun început în fața ochilor că nici o persoană, oricît de monstruos de anor-

mală am crede-o, nu se va dezvolta fără crize, fără salturi, fără situații nodale și de răscruce. Fiecare om are un călcîi al lui Achile, la fiecare vor exista lacune, determinate fie de bagajul său ereditar, fie de condițiile de mediu. Aceste inegalități sînt sarea în bucate, sînt secretul variațiilor individuale, și nu trebuiesc confundate cu psihopatia. Orice persoană este compusă din lumini și umbre iar nostalgia după omul echilibrat absolut, este un ideal romantic.

Ontogeneza normală a individului se desfășoară sub semnul perioadelor critice, ea este dizarmonică. Normal este acel om ale cărui dizarmonii se mișcă în anumite limite, ale cărui extreme temperamentale nu depășesc gama mediei obișnuite" sau ceea ce s-ar putea denumi bandă largă de manifestare a așa zisei normalități medii general admise. Trebuie însă să fim atenți că nu va trebui să confundăm socioza (sociopatia), anetopatia, anomia cu psihopatia, altfel riscăm să psihiatrizăm comportmaentul uman și să transformăm toată lumea în psihopați — în personalități aberante, deviante sau subpsihotice.

S. Milea a aplicat tehnica aperceptiv tematică (T.A.T.) pe un lot de 25 copii cu intelect normali, în vîrstă de la 10 la 14 ani, spitalizați pentru tulburări de comportament de tip dizarmonic. Tabloul clinic era dominat de instabilitate și excitabilitate cu caracter mai mult sau mai puțin exploziv, caracteristica principală a lotului studiat de autor, constituind-o neconcordanță dintre excitant și reacția disproporționată pe plan afectiv și comportamental. Lotul explorat prin tehnica menționată a făcut totodată obiectul unor investigații privind antecedentele personale și eredocolaterale, istoricul bolii, examenul clinic și de laborator, ancheta familială, comportarea copilului acasă, în colectivitate, în staționar etc. În cursul investigațiilor și în conținutul relatărilor, s-au urmărit aspecte ce privesc raporturile dintre natura conflictelor și a modului lor de rezolvare, trabuințele, motivele, tendințele, sentimentele ce-i dirijează, însușirile emoțional-volitive ale personajului principal, atitudinea subiectului față de el și faptele sale. S-a avut în vedere, de asemenea, atitutinea generală a pacienților în fața unei activități organizate, gradul de sistematizare a gîndirii, conținutul real și logic al relatărilor.

Din coroborarea datelor anamnestice și clinice cu cele obținute din protocoalele celor 25 pacienți examinați prin tehnica aperceptiv tematică, autorul desprinde următoarele :

Avînd o experienţă de viaţă predominant concretă, copiii recurg cu multă uşurinţă la faptele şi întîmplările trăite, investindu-şi eroii cu propriile însuşiri, contradicţii şi năzuinţe.

Metoda permite depistarea unor situaţii conflictuale între subiect şi ambianţă ca şi unele opţiuni ce au la bază logica afectivă şi a inteligenţei senzorio-motorii şi apoi a celei superior elaborate şi care în dialogul direct cu ambianţa se ascunde în spatele unor răspunsuri formale, disimulate sau ambigui, înlesnind astfel mai mult sau mai puţin direct înţelegerea substratului motivaţional al comportamentului.

Factori patologici

În efortul pe care-l fac psihiatrii de a lămuri rolul factorilor exogeni în apariţia şi dezvoltarea psihopatiilor un loc important l-au ocupat factorii encefalodistrofianţi de natură predominant exogenă. Această preocupare a fost stimulată de constatarea sechelelor neuro-psihice la bolnavii care au suferit de encefalită epidemică precum şi epidemia de encefalită letargică de după primul război mondial, cu modificările postencefalitice ale personalităţii şi a tulburărilor de comportament consecutive. Aceasta a făcut ca în plină ascensiune a freudismului în psihiatria occidentală, să se ia în considerare rolul integrităţii morfo-funcţionale a creierului în edificarea personalităţii.

O serie de psihiatri, ca de exemplu M. O. Gurevici, T. P. Simson, Carp, Heuyer şi Lacan, etc., au raportat cazuri de bolnavi care manifestau un comportament antisocial pe fondul fenomenelor postencefalitice. Studiul unor asemenea manifestări l-a determinat pe Albrecht să delimiteze aşa-numitul *„Simptomatocomplex anetic"*.

Ulterior S. Z. Galeţkaia, Dollinger, T. P. Simson, au studiat comportamente psihoptiforme la bolnavi care au suferit acţiunea unor factori nocivi exogeni care au actionat în perioada intrauterină. natală sau post-natală. În literatura rusă comportamentele psihopatiforme determinate prin factori etiologici predominant exageni care au acţionat nociv în primul rînd asupra creerului, au fost reunite sub terminologia de *„psihopatii organice"* (N. D. Gurevici, O. Zareţki — 1938, O. V. Kerbikov, G. E. Suhareva 1959 şi alţii). Unii autori au legat etiologic *„psihopatiile organice"* chiar de tulburările neuro-endocrino-humorale din perioada crizei

pubertare (N. I. Ozereţki — 1934). Alături de factorul encefalodistrofiant predominant exogen s-a subliniat rolul important al factorului exogen în apariţia „psihopatiilor organice" (Ghiliarovski, Suhareva etc).

P. F. Goyer şi colab. (1994) au stndiat tulburările de personalitate cu ajutorul temografiei cu emisiune de pozitroni spre a examina rata metabolismului cerebral pentru glucoză. Grupul de personalităţi psihopatice a fost alcătuit din 6 personalităţi antisociale, 6 de tip borderline, personalităţi dependente şi 3 narcisistice. Din totalul de 17 pacienţi cu tulburări de personalitate s-a constatat o corelaţie intens semnificativă între dificultăţile agresiv-impulsive şi rata metabolismului glucozei la nivelul cortexului frontal, planul axial fiind cu 40 mm peste linia cantomeatală. Pe de altă parte, studiind comparativ 6 pacienţi antisociali şi 6 pacienţi borderline cu un grup de 43 subiecţi şi utilizînd analiza covarianţei cu vîrsta şi sexul, s-a constatat, în particular la personalităţile borderline, o descreştere semnificativă în metabolismul cortical frontal în plan transaxial de 81 mm şi o creştere a metabolismului peste limita de 53 mm. Datele de mai sus atrag atenţia asupra parabiotizării structurilor cerebrale şi în particular la nivelul cortexului frontal — zonă specific umană îndeosebi prin lobul prefrontal — şi în al doilea rînd a vulnerabilităţii acestei regiuni cerebrale de natură ereditară sau dobîndită şi care traduce în plan secund, dar profund, de substrat, fenomenele hipoxice corticale cerebrale determinate prin factori predominant genetici ca şi prin intervenţia simultană a unor factori exogeni cu acţiune negativă asupra funcţionalităţii armonioase cerebrale cortico-subcorticale. Deci punctul de vedere al existenţei unei vulnerabilităţi predominant genetice nu poate fi exclus în asemenea cazuri şi considerăm că nici în alte forme clinice ale personalităţilor patologice. Chiar dacă perturbarea metabolismului glucozei la nivelul cortexului cerebral frontal este prezentă atît la personalităţile patologice borderline sau antisociale cît şi în fenomenele halucinatorii din psihozele endogene sau predominant exogene, diferenţa dintre ele considerăm că nu este atît de ordin calitativ cît mai ales de ordin cantitativ, în sensul că fenomenele de parabiotizare cerebrală ca şi dominantele patologice care se organizează au o mai mare profunzime şi respectiv o mai mare imensitate în cazul tulburărilor de tip psihotic. Din acest proces unic în ce priveşte

mecanismele de producere nu excludem participarea subcorticală şi în particular participarea formaţiunilor diencefalice, de lobotemporal ca şi a altor structuri subcorticale.

Ghiliarovski consideră că psihopatiile trebuiesc diferenţiate de *stările pseudopsihopatice*, ce apar ca uramre a traumatismelor sau infecţiilor (mai ales în copilărie). La fel Popov atrage atenţia asupra diferenţierii *stărilor „psihopatiforme"* ce apar la copii şi adolescenţi după encefalită epidemică sau după traumatisme cerebrale, cu condiţia ca persoana să fi fost normală înainte de infecţie sau accident. Psihopatia este legată de normal şi se desprinde de acesta printr-un şir de treceri treptate.

Suhareva arată că noţiunea de psihopatie uneşte stări polimorfe din punct de vedere al etiologiei şi patogenezei şi că se manifestă sub trei tipuri patogenice sau forme de tulburare a dezvoltării : *întîrziere în dezvoltare (infantilism psihic), dezvoltare alterată (inegală) şi dezvoltare lezională.*

S-a avansat, de asemenea, ipoteza că în cazurile unor psihopatii care apar la vîrsta copilăriei trebuie să se caute cu multă atenţie determinismul etiologic exogen (Suhareva).

Ponderea unor modificări neurologice descoperite la examenul clinic al unor adulţi, cu diverse forme clinice de psihopatie, a fost de 40% după datele lui V. I. Ghindikin, iar în 20% din cazuri s-au diagnosticat boli neurologice care au impus spitalizarea. Interesant de remarcat că I. L. Kuleva pe un bogat materiale de „psihopatii organice" constată că în 73% din cazuri tabloul clinic s-a ameliorat atunci cînd a fost excluse influenţele psiho-traumatizante. De altfel, O. V. Kerbikov a atras atenţia asupra unei evoluţii progrediente în dinamica psihopatiilor.

Există, desigur, intervenţia nefavorabilă a facorilor exogeni (traumatici, toxici, infecţioşi etc.), ca şi a factorilor psihosociali negativi care este implicată în apariţia şi dezvoltarea unei personalităţi patologice. Problema care se pune este că nu la toate persoanele care au prezentat, în antecedentele lor o asemenea influenţă negativă, a unora sau altora dintre factorii etiologiei de natură exogenă, n-a apărut în mod evident şi n-a avut deci ca urmare o dezvoltare a unei personalităţi patologice de tip psihopatic. În asemenea situaţii trebuie avută în vedere fragilitatea şi respectiv vulnerabilitatea neurofiziologică particulară a substratului morfo-funcţional dinamic cerebral. Din acest punct de vedere ni se pare semnificativ studiul efectuat de către S. W. Glenn şi colab. (1993)

care evidenţiază rolul negativ al tulburărilor de comportament în copilărie şi a tulburărilor antisociale şi afective asupra performanţelor neuro-psihologice în condiţiile consumului cronic de alcool comparativ cu un grup de control format din subiecţi nealcoolici. Se subliniază că alcoolicii comparativ cu nealcooliciii au evidente deficite cognitive, afective şi comportamentale comparativ cu nonalcoolicii, dar că cele mai evidente şi negative performanţe s-au constatat la alcoolicii cu tulburări de comportament în copilărie.

Tot din punctul de vedere a prezenţei unei microorganicităţi care s-ar afla la baza dezvoltării unei personalităţi borderline pledează şi studiul lui T. Swirsky-Sacchetti şi colab. (1993), care au remarcat dificultăţile la determinarea inteligenţei verbale, la completarea scalei WAIS-R, dificultăţi de inteligenţă socială, microsimptome motorii, a memoriei vizuale, a integrării vizuo-motorii complexe. Aceste deficite sînt atribuite de autori unor perturbări de integrare neurofiziologică a regiunilor fronto-temporale, ceea ce atestă, chiar dacă nu la toate personalităţile borderline explorate, o anumită susceptibilitate sau vulnerabilitate organică operativă în sens negativ la acest tip de personalităţi.

T. D. Delova a avut sub observaţia şi explorarea clinică şi de laborator un număr de 35 de copii cu comportament psihopatic, în vîrstă de 8—10 ani. La aceşti copii cu tulburări comportamentale s-au observat creşterea labilităţii emoţionale, nelinişte motorie, incapacitate pentru o activitate sistematizată, instabilitatea dispoziţiei pe fondul unei exagerări patologice a fenomenelor instinctive. Studiile de electrofiziologie au evidenţiat slăbirea proceselor corticale de inhibiţie activă şi creşterea proceselor de excitaţie stagnantă pe fondul unei excitabilităţi crescute subcorticale, apariţia unor faze de răspuns paradoxale sau ultraparadoxale la aplicarea diverşilor excitanţi. S-a remarcat, de asemenea, o inerţie a dinamicii proceselor de excitaţie şi inhibiţie cerebrală cu epuizarea funcţională rapidă a proceselor nervoase superioare, inhibiţii ale reflexelor superioare, mai noi ontogenetic, urmată ulterior de fenomenele de dezinhibiţie a reacţiilor emoţionale şi respectiv subcorticale. S-a remarcat, de asemenea, că există o evidentă dificultate a închiderii şi menţinerii inhibiţiei active. În acelaşi lot de bolnavi autoarea a constatat că neliniştea motorie se explică prin creşterea excitabilităţii releelor cortico-extrapiramidale şi a corecţiei inhibitorii a inhibiţiei cortico-piramidale. Ceea ce este demn

de semnalat este faptul că la marea majoritate a copiilor examinaţi, T. B. Delova a găsit, la examenul neurologic, fenomene microsimptomatice organice fără a prezenta semne evidente de leziune organică a sistemului nervos central.

C. A. Meyers şi colab. (1992), comunică modificările de personalitate de tip antisocial strîns corelate cu intervenţiile chirurgicale pentru rezecarea unor tumori pituitare. Autorii atribuie tulburările de comportament antisocial unor lezuni circumscrise ale cortexului orbitofrontal stîng, leziuni evidenţiate pe imaginile obţinute prin explorarea în rezonanţă magnetică. În contrast cu comunicările numeroase care descriu tulburările de personalitate determinate de leziuni traumatice bilaterale de lob frontal, constatările autorilor sugerează că chiar leziunile unilaterale de lob frontal pot determina, de asemenea tulburările de personalitate de tip antisocial.

D. J. Stein şi colab. (1993), cercetînd perturbările neuropsihice la 28 personalităţi patologice impulsive comparativ cu 28 subiecţi normali, pe baza aplicării unei baterii de teste neuropsihologice au constatat că semnele neurologice stîngi sînt cu mult mai mari la pacienţi comparativ cu grupul normal şi cu mult mai crescute de partea dreaptă la subiecţii prezntînd personalitate patologică impulsivă dar cu antecedente de organicitate şi s-au evidenţiat, de asemenea, deficite în funcţiile de execuţie a lobului frontal. Semnele de lateralizare neurologică au fost prezente în cazul tulburărilor de personalitate caracterizate prin impulsivitate.

Ecaterina Seinen Negrea, C. Eşanu, au studiat un lot de 60 cazuri, 14 bărbaţi şi 46 femei, cu vîrsta între 30—40 ani, urmărindu-se corelaţiile dintre tulburările de caracter şi tulburările funcţionale : tiroidiană, corticosuprarenală şi gonadică, toate cazurile studiate fiind recrutate dintre bolnavii internaţi în Institutul de Endocrinologie. Cercetarea s-a efectuat prin examene psihologice, clinice şi de laborator. Ca metode de studiu psihologic s-a folosit anamneza „după varianta Birman Gacknel, observaţia, chestionarul Woodworth Mathews, proba Rorschach. Funcţia tiroidiană a fost apreciată prin examene clinice, prin dozarea iodului proteic, determinarea metabolismului bazal şi iodocaptare. Funcţia cortisuprarenală a fost apreciată prin examene clinice, dozarea 17 cetosteroizilor şi 17 hidroxisteroizilor în urină. Funcţia gonadică a fost apreciată prin examene clinice şi prin doza estrogenilor şi a complexului pregnandioulului în urină. S-a constatat că în ma-

ioritatea cazurilor, tulburările de caracter se asociază cu o funcție tiroidiană scăzută și o funcție corticosuprarenală crescută. La cele mai multe femei cu tulburări de caracter, s-au găsit simptome de hiperandrogenie manifestate prin 17—CS crescuți și prin hipertricoză. Estrogenii au fost găsiți normali sau scăzuți.

Bărbații cu tulburări de caracter au prezentat în majoritatea cazurilor hipoandrogenie asociată sau nu cu hiperandrogenie. Apariția tulburărilor de caracter a fost în majoritatea cazurilor anterioară celor endocrine.

E. Hollander și colab. (1994), într-un studiu preliminar, evidențiază sensibilitatea serotoninergică particulară la 12 personalități borderline comparativ cu 15 subiecți sănătoși, prin administrarea unei doze unice de m-clorophenilpiperazină (m-CPP). Un număr de 7 din 12 pacienți au raportat descreșterea foamei și setei, fenomene de depersonalizare sau derealizare. S-a constatat la subiecții de sex masculin, prezentînd tulburări de personalitate de tip borderline, un nivel crescut de cortizol și marginal de prolactină, modificări care sugerează o disfuncție serotoninergică la aceste personalități.

În problema etiologiei organice a psihopatiilor un rol important l-a avut Kleist care a mers atît de departe în anatomizarea psihicului încît a introdus și o anumită clasificare : *somatopsihismul* pe care l-a localizat la nivelul substanței cenușii a ventricolului III ; *psihicul și auto-psihicul* — ambele cu o localizare în talamus și în regiunea palido-striată. Pe planul corelațiilor patologice Kleist a diferențiat *somatopsihicii anormali :* — istericii, pervertiții sexuali ; *timopsihicii anormali ;* instabilii emoționali, anxioșii, recii și insensibilii ; *autopsihicii anormali* egoiști, obsesivi, paranoizi. În ceea ce privește etiologia, se acordă puțină importanță dacă anomaliile de dezvoltare ale părții ipotetic afectate se datora eredității sau a suferit modificări din cauza unor procese structurate organic. Acest mod de a vedea lucrurile ține nu numai de concepția generală a autorului, dar și de contextul general al cercetărilor clinice, de anatomie și fiziologie care abordau problemele regiunilor de la baza creierului în acel timp, problemă actuală și în prezent.

P. O. Alm și colab. (1994), au studiat activitatea monoaminoxidazei pe un număr de 70 persoane cu antecedente criminale comise la vîrstă tînără și adultă constatînd că la cei care au comis la diverse vîrste acte criminale nivelul monoaminoxidazei este la un nivel mai scăzut decît la grupul

de control fără acte criminale. Autorii consideră că subiecții cu un nivel scăzut al activității MAO crește riscul de criminalitate.

M. Virkkunen și colab. (1994), studiind 58 subiecți, personalități cu profile și stări agresive alcoolice, persoane violente comparativ cu 21 voluntari sănătoși, au evidențiat că persoanele patologice care erau vulnerabile la hipoglicemie după administrarea orală de glucoză erau particular de iritabili și agresivi. Autorii constată, de asemenea, că la personalitățile psihopatice prezentînd alcoolism cronic nivelul acidului 5 — hidroxiindolacetic este scăzut în lichidul cefalorahidian asociat cu o importantă creștere a aldosteronului în l.c.r., fenomene biochimice asociate cu creșterea agresivității, monotoniei, suspiciozității și reducerea gradului de socializare cu repercusiuni antisociale.

M. Virkkunen și colab. (1994), într-un alt studiu efectuat prin determinări biochimice în l.c.r. pe un lot de 43 alcoolici impulsivi și 15 neimpulsivi, au determinat metabolismul glucozei după administrarea orală de glucoză și aspartam, explorînd concomitentele psihofiziologice. Autorii constată, la alcoolicii impulsivi cu personalitate antisocială, un nivel scăzut de ac-5 HIAA și corticotropină și un nivel crescut al concentrației de testosteron. Autorii conchid că nivelul scăzut al 5-HIAA se asociază primar cu impulsivitatea, iar un nivel crescut de concentrație a testosteronului cu agresivitatea și violențele interpersonale.

Actualmente este acceptată aproape unanim ideea că o mare parte a reactivității instinctiv-emoționale, care dă o corolatură specifică manifestărilor personalității, se efectuează pe căile care au ca punct de plecare diencefalul — creierul visceral al organismului. Din experiențele lui Adrian se cunosc componentele neuro-hormonale ale emoției, dar nu trebuie uitat că aproape în aceeași perioadă filozoful francez Bergson definind conceptul de emoție, spunea : „emoția nu este decît percepția perturbațiilor neuro-vegetative ale economiei", dar cu specificarea pe care o făcea imediat : „Acestea (perturbațiile) nu sînt efectele emoției, ci cauza lor".

Pe de altă parte structurile diencefalice cu aferențele lor somatice și autonome și cu participarea lor preponderentă la elaborarea răspunsurilor vegetative diverse, stau la baza a ceea ce noi denumim cu termenii atît de contradictorii și imprecizi ca sferă și conținut : *motivație emoțională.* Încă în 1937 Papez imagina *„un mecanism ingenios" (Fulton)* al emo-

ției și considera necesar să-l plaseze pe o bază structurală în relație cu toate sistemele și structurile corticale avînd ca bază morfologică de plecare — diencefalul.

Cercetările experimentale au demonstrat că o leziune cerebrală prechiasmatică la pisică determină secundar o stare de violență neașteptată (Fulton și Ingraham — 1929). Ulterior Spiegel, Miller și Oppenheimer confirmă experiențele lui Fulton și Ingraham arătînd în același timp că aceasta este partea cu totul anterioară cerebrală care participă la determinare stării de *„sham rage"*.

Kluver și Bucy după practicarea unei lobectonii temporale bilaterale evidențiază absența tuturor reacțiilor emoționale la maimuță. Smith demonstrează că ablația bilaterală a lobului piriform se soldează la maimuță cu o stare de docilitate remarcabilă. cu un efect „imblînzitor".

Schneider și Klig arată că structura care pare a fi implificată în mod preponderent în aceste manifestări ar fi nucleul amigdalian. Prin leziuni limitate la acest nivel el transformă pisicile făcîndu-le docile și de un calm surprinzător.

Din studiile experimentale s-ar putea desprinde concluzia că amigdala exercită o acțiune de activare a mecanismelor care declanșează starea de *„sham rage"*

Bard și Mountcastle extirpă întreg neo-cortexul pisicii, respectînd structurile diencefalice și obține la animal un comportament liniștit, de unde autorii conchid că diencefalul exercită o acțiune modelatoare asupra comportamentului, pentru ca în momentul cînd au efectuat ablația bilaterală a complexului amigdalian și a girusului cinguli, reactivitatea emoțională să crească din nou.

Delgade stimulînd nucleii amigdalieni sau formația hipocampică la maimuțe sau pisici pun în evidență de asemenea reacții de „sham rage".

Gaustaut și colab. aplică însă excitanți a căror intensitate creștea gradual și obțin pe pisică la început un comportament de investigație, apoi un comportament de frică, după care urma starea de *„sham rage"*.

Toate aceste comportamente se însoțesc de componentele somatice și vegetative obișnuite.

Swan și colab. arată că amigdalectomia la bolnavii de schizofrenie cu comportament agresiv s-a soldat cu instalarea unei stări de calm, dar postoperator mai apăreau raptusuri pe care autorii le pun pe seama structurilor hipocampice care au rămas integre.

Green, Dwisberg, Mc. Grath notează apariția placidității după amigdalectomii practicate pe bolnavii psihici violenți.

Hill și colab. semnalează, de asemenea, o reducere a agresivității la bolnavii care au fost supuși unei lobectomii temporale unilaterale.

Gastaut și colab. evidențiază, de asemenea, în cazul a două lobectomii temporale unilaterale placiditatea sau labilitate emoțională.

Heath a implantat electrozi (la 3 bolnavi schizofreni) și la 2 bolnavi de epilepsie psihomotorie, toți deosebit de agresivi) în septum, hipocamp, amigdală, girus cinguli, hipotalamus, nucleu caudat și calota mezencefalică și a înregistrat electroencefalograma în timpul crizelor. Singurele modificări constatate au fost totdeauna pe hipocamp și amigdală, mai puține pe nucleii septali și niciodată pe alte structuri. Autorul remarcă faptul că descărcările septale se pot face pe amigdală, ceea ce îl face să încrimineze complexul amigdalo-piriformo-hipocampic în comportamentul agresiv.

Ar fi iluzoriu să ne imaginăm că o singură formațiune cerebrală participă în toate aceste mecanisme și mai ales la om. Ar însemna o neîntoarcere la *atomizarea psihică* efectuată de Kleist și la *atomizarea funcțiilor psihice*. Totuși, în ansamblul funcționalității cerebrale o hiperactivare a acestor structuri, la personalitățile dizarmonice, este de luat în considerație în ansamblul condiționării bio-sociale și a relațiilor interfuncționale ale psihicului și deci a conduitei umane.

René Bourdiol, într-o teză valoroasă intitulată „*Les structures neuro-anatomiques du comportament réactionnel*" după o expunere a cuceririlor noi cu privire la neurofiziologia și anatomia structurilor encefalice raportează 45 cazuri de comportament agresiv la tineri cu o medie de vîrstă de 15 ani și două luni. Autorul pune comportamentul „agresiv" pe seama dezvoltării sexuale, a instinctului sexual și a instinctului de moarte pentru a explica aceste tulburări înregistrate la cei 45 de adolescenți.

Bourdirol consideră că modificările comportamentale generale, cu izbucnirile de instabilitate care apar la boxeri și mai ales la boxerii profesioniști care prezintă sindromul encefalopatiei post-traumatice a boxerilor (punch-drunk), descris de Martland, se explică prin leziunile înregistrate la nivelul regiunilor profunde encefalice. Dar alături de aces-

tea nu trebuiesc neglijate leziunile frontale care se întîlnesc la bolnavii cu astfel de encefalopatie posttraumatică.

Alături de traumatismele cranio-cerebrale nu trebuiesc neglijate antecedentele neurologice a bolnavilor cu simptomatologie clinică psihopatică. Amintim că bolnavii care au avut în antecedente coree, manifestîndu-se şi la vîrsta adultă sechele neuropsihice sub forma unor instabilităţi motorii şi emoţionale, au tendinţă la recţii anxioase şi isterice.

M. Sporu şi N. Schuster studiază sub aspect clinic şi paraclinic (eeg, peg, laborator endocrinologic etc.), coincidenţa tulburărilor endocrine şi comportamentale în cadrul perioadei tardive a traumatismului cranio-cerebral, ajungînd la următoarele concluzii mai importante :

„1. Existenţa concomitenţei tulburărilor comportamentale şi endocrine după traumatisme cranio-cerebrale este o realitate clinică, instalarea acestora apărînd insidios şi tardiv după traumatism.

2. Nu în toate cazurile se poate evidenţia o corelaţie între substratul morfologic şi manifestările clinice care pot apare chiar şi după un traumatism cranio-cerebral minor".

I. Minciu, A. Nicolau, M. Măgureanu, Cornelia Lazăr, A. Ionescu, Galina Răduleanu, studiază 30 de cazuri de bolnavi între vîrsta de 16—30 ani care în urma unor leziuni cerebrale de diverse grade (comoţii, contuzii), prezintă tulburări psihopatoide. La unele cazuri (5 boxeuri) traumatismul cranio-cerebral a fost repetată de la 3 pînă la 5 ori, ducînd prin cumularea de microleziuni la apariţia psihopatiei.

Elementul dominant al tabloului clinic psihopatoid se reliefa prin agitaţie psihomotorie, agresivitate, fugă şi impulsiuni, stări delictuale, iar la cei sub 20 ani, în plus, stări de negativism (4 cazuri). Datele anamnestice şi investigaţia sociofamilială releva existenţa unei stări psihice anormale anterograde traumatismului.

„Subliniem variabilitatea în limite de timp largi (de la o săptămînă la 3 luni) a momentului în care apare simptomatologia stării psihopatoide. Interesul acestor cazuri constă în aspectul lor reacţional dar mai ales în rezistenţa la tratamentul chimio-psihoterapic de la 3 luni pînă la peste 3 ani şi rezistenţa lor la reinserţia socio-profesională".

Lars Lidberg pe un lot de 400 criminali cu tulburării emoţionale, a evidenţiat o legătură cu puternică semnificaţie statistică între frecvenţa comoţiei cerebrale şi tendinţa la violenţă şi crimă. Nu s-a găsit nici o legătură între gradul seve-

rității comoției cerebrale, apreciată după spitalizare și agresivitatea criminogenă. N-a existat nici o diferență privind vîrsta la care a survenit comoția cerebrală între grupul care a comis crime cu violență și cel care a fost înregistrat pentru jaf și furt. Grupul de criminali studiat în totalitatea sa nu a avut o frecvență mai mare a comoției cerebrale decît la un lot din populația suedeză normală investigată. Relația dintre violența criminală și comoția cerebrală nu poate fi atribuită pe de altă parte impregnării etilice.

N. N. Zahareva, constată că în sindromul psihopatoid posttraumatic, reacții afective violente și oscilații bruște ale dispoziției care apar adesea pentru motive neînsemnate. În legătură cu această constatare prezintă interes studierea la bolnavi a raportului dintre manifestările emoționale și perceperea excitanților din mediul extern. Unele lucrări experimentale (Hess, Gellhorn, ș.a.) arată legătura manifestărilor emoționale cu modificările percepției, pe fondul excitației structurilor care produc reacțiile emoționale modificându-se sensibilitatea la excitanții exteriori. Cercetările efectuate de G. V. Gherșuni și colaboratorii, E. A. Kostantov, T. N. Reșcikeva și alții, au arătat că în unele condiții excitanții slabi cu intensitate sub pragul senzorial produc reacții de orientare cu modificarea unei serii de indici ai activității sistemului nervos central. În lucrarea autorilor au fost cercetate percepția excitanților auditivi slabi și influența stressului emoțional la bolnavii cu sindrom psihopatoid posttraumatic. Cercetările s-au făcut la persoane cu o situație de viață conflictuală. Prin eeg și examinare poligrafică a reactivității vegetative și motorii s-au înregistrat diferite componente ale reflexului de orientare. S-au determinat pragurile de percepere ale sunetului în timpul unei măririi progresive a intensității sale. După determinarea pragului constant cu nemodificarea lui după acțiunea cuvintelor neutre, s-a studiat influența excitanților afectogeni : — cuvinte legate de situația conflictuală de viață. Pragul reacției de orientare la sunet a fost găsit mult mai mic decît pragul de percepție a sunetului. Zona subsenzorială, adică diferența dintre pragul de percepție a sunetului și pragul reacției de orientare față de el a fost mare, fapt constatat la toți bolnavii.

Sub influența excitanților afectogeni s-a constatat o modificare a pragului de percepție a semnalelor sonore. Aceste modificări s-au produs atît în sensul diminuării cît și în sensul măririi pragului. S-a modificat și dimensiunea zonei sub-

senzoriale. Modificarea percepției semnalelor sonore slabe sub influența stressului emoțional creat în timpul experienței poate fi interpretată ca rezultat al influențelor corticofugale care trec prin sistemul limbic la formațiile activatoare ale trunchiului cerebral. Datele asupra efectului subsenzorial al excitanților și asupra influenței factorilor afectogeni asupra acțiunii subsenzoriale sau senzoriale a sunetelor la bolnavi poate clarifica unele manifestări clinice ale tulburărilor afective în sindromul psihopatoid post-traumatic.

N. Schuster, S. Roșu, într-un studiu efectuat la 151 bolnavi autorii au izolat 43 cazuri la care tulburările psihice, apărute în perioada tardivă post-traumatică, se instalează de obicei insidios, sînt de durată și determină o „ruptură", o „cotitură" care face ca personalitatea subiectului privită în timp (înainte și după îmbolnăvire) să apară complex modificată.

„Autorii au studiat aspectele clinice în raport cu vîrsta la care a apărut traumatismul. După natura simptomelor se deosebesc *forme „hiper" și „hipotipice"*. La bolnavii cu modificări hipertipice, pe primul plan apar trăsăturile negative, supărătoare, neplăcute, care înainte de accident fuseseră mascate de însușirile pozitive ale personalității, din care cauză erau mai puțin evidente ; la cei cu modificări hipotipice se produce după traumatisme o decolorare, o nivelare a personalității, prin dispariția particularităților caracteriale individuale.

La criteriul strict fenomenologic, s-a adăugat în limita posibilităților de investigație și punctul de vedere morfopatologic pentru a scoate în evidență unele relații dintre leziunile traumatice ale anumitor regiuni cerebrale și natura modificărilor de caracter și personalitate consecutive acestora. Din cei 43 bolnavi luați în studiu s-au putut preciza în 16 cazuri, clinic, electro și pneumoencefalografic, locul și extinderea zonei cereblare traumatizate. Se conturează tablouri clinice deosebite în leziunile lobului frontal, cu coloratură specială pentru leziunile convexității și ale zonei orbitale, ale regiunii temporobazale ca și ale creerului intermediar. În toate cazurile autorii au evidențiat trei aspecte psihopatologice comune pentru lotul studiat și anume : alcoolismul, tulburările de sexualitate și capacitatea infracțională, care constituie probleme de ansamblu pentru bolnavii cu tulburări de caracter și de personalitate, importante prin marea lor incidență ca și prin repercusiunile negative sociale".

Trebuie de asemenea tot cu acest prilej să abordăm problema remisiunilor clinice cu defect comportamental după o boală psihică gravă, ceea ce reclamă din partea medicului psihiatru, în mod obligatoriu, întocmirea unei anamneze detaliate a oricărui pacient pentru a nu confunda un sindrom psihopatiform cu o psihopatie adevărată, constituțională, nucleară.

Kerbikov arată că nivelul de corelație dintre elementele ereditare și cele cîștigate este variabil. Ghindikin în 1961 a arătat pe un număr de 56 pacienți, că părinții cu devieri caracteriologice și cu caracter predominant excitabil au aplicat un sistem educațional greșit la 48 de psihopați și numai la 8 educația a fost relativ optimală.

Într-un studiu efectuat de M. Șelaru și colab. (1988) pe un număr de 228 copii cu tulburări de comportament s-a constatat că perturbările de conduită au apărut evidente în perioada de vîrstă cuprinsă între 10—15 ani în proporție de 75%. S-a remarcat că tulburările de comportament apar mai precoce (64,5%) la copii și adolescenții cu antecedente patologice prenatale și au aspectul unor dezvoltări abnorme prin factori negativi de mediu în 35,5%. Aceste din urmă tulburări de conduită s-au evidențiat mai tîrziu față de prima grupă. În antecedentele patologice semnificative ale lotului studiat s-au constatat în 40,6% suferințe meningo-encefalitice, traumatisme cranio-cerebrale (17,1%), antecedente obstetricale patologice 17,8%. În ceea ce privește mediul familial, ca factor modelator al psihogenezei, semnalăm că familiile dezorganizate au reprezentat o proporție de 41,2%, la care se adaugă 2,5% copii adoptivi și 3,1% copii proveniți din instituțiile de stat specializate. Examenele electroencefalografice au evidențiat trasee de imaturitate cerebrală în 57,9% din cazuri.

Din totalul lotului investigat, tulburările de comportament cu implicații sociale negative și care au făcut obiectul expertizelor medico-legale psihiatrice a reprezentat 10,2% din totalul grupului studiat. Printre manifestările delictual-aberante amintim : furturile din avutul particular (65%, din care în 15,3% furturile au fost efectuate în grup), violuri și tentative de viol 20%, huliganism (5%), pruncucidere (5%) și perversiuni sexuale (5%).

Separînd implicațiile medico-legale săvîrșite de adolescenți cu structuri psihopatice s-a evidențiat că furturile au fost prezente în 60% din cazuri, tentativele de viol repetate în 25% din cazuri și perversiunile sexuale în 20% din cazuri,

spre deosebire de tulburările de comportament prin deficit educațional în care singura implicație medico-legală a fost furtul din avutul personal sau obștesc. În majoritatea cazurilor deficitelor educaționale erau evidente îndeosebi la copii proveniți din familiile dezorganizate sau care neglijau educația copiilor, situație care a agravat deformațiile de personalitate.

După Kerbikov, Ghindikin, Suhareva ș.a., educația greșită în familie are o însemnătate mai mare chiar decît ereditatea patologică în apariția și manifestarea precoce a unei psihopatii. Suhareva arată că psihopatia adevărată începe să se manifeste din perioada infantilo-juvenilă, adultul nefăcînd altceva decît să-i adîncească dizarmonia și s-o ducă mai departe cu sine. Sînt cunoscute trei tipuri de tulburări care fac vulnerabilă dezvoltarea activității nervoase superioare și care favorizează apariția psihopatiei :

1. *O tulburare de ritm* — realizînd infantilismul psihic și imaturitatea psihică și care se datorește unei întîrzieri și insuficiențe de dezvoltare a structurilor morfo-funcționale cerebrale și respectiv a activității optimale integrative neuropsihice.

2. *O tulburale de proporționalitate* — un decalaj de dezvoltare, o defazare am spune, noi, între diferitele segmente ale sistemului nervos central.

3. *O tulburare structurală — lezională, deficitară,* a substratului morfo-funcțional cerebral, ce produce modificări de bază neuropsihice. Factorii care pot produce aceste modificări se împart în :

a) *factori ereditari* — preponderenți în cadrul infantilismului psihic, probabili în cadrul predispozițiilor și incerți în cele lezionale ;

b) *în prima copilărie — predispoziția, și afecțiunile primare* — constituie baza organică de formare a psihopatiei, iar ambianța și mediul constituie condiția esențială de apariție și de închegare a nuclearității aberante a personalității. Mediul, alături de vulnerabilitatea menționată, e uneori factorul precipitat, iar alteori favorizant și chiar declanșant al unei psihopatii avînd, după cîte se pare, un ultim cuvînt în apariția ei.

Kerbikov a demonstrat că un mediu nociv e mai important decît o stare deficitară de funcționalitate a sistemului nervos central, deci greșelile de educație și întregul complex de elemente sociale nocive pot participa activ la formarea

şi apariţia unei psihopatii. Severitatea familială exagerată sau opusul ei — iubire sufocantă — vor ajuta greşit maturizarea proceselor psihice la copil, ca şi inconstanţa în atitudini a părinţilor, rudelor, educatorilor atunci cînd copilul greşeşte etc., iar rezultatul va fi *copilul-cenuşăreasă* sau, dimpotrivă, *copilul-vedetă.*

O ambianţă echilibrată şterge sau acoperă denivelările personalităţii şi în felul acesta opreşte declanşarea tulburărilor într-un stadiu infrapsihopatic. Familia poate analiza activitatea bolnavului, îi educă simţul răspunderii personale şi a autocontrolului cînd înţelege situaţia şi cunoaşte bolnavul. Psihopaţii au un proces de inhibiţie deficitar şi care face posibile reacţiile de „scurtcircuit" sau de intensificare a procesului de excitaţie neuropsihică. Educaţia are un rol deosebit tocmai în dezvoltarea unor procese inhibitorii autoreglate, iar lipsa ei, care concură alături de deficitul cerebral, duce la starea de superficialitate, fuga după nou, schimbarea profesiilor etc.

Factorii care generează tulburări de comportament pot fi împărţiţi în :

A) *Factori de imaturitate*

1. Factori educativi şi familiari — 80% din delincvenţii juvenili după Frey au părinţi alcoolici, factor care favorizează produsul de concepţie în perioada intrauterină. Importanţa rezolvării tulburărilor familiare au reţinut atenţia mai multor autori. Moartea unui părinte, divorţul, abandonul, favorizează structurarea psihică dizarmonică şi tulburări ale personalităţii, după cum degradarea morală a părinţilor, infidelitatea conjugală, prostituţia mamei, sînt fapte care se găsesc în biografia a numeroşi subiecţi cu dezechilibre psihice. De aceşti factori negativi educativi în mod obligatoriu, trebuie să se ţină cont în aprecierea caracterului patologic ale unor conduite antisociale.

E. A. Saunders şi F. Arnold (1993), efectuînd o trecere în revistă a factorilor implicaţi în dezvoltarea psihopatologiei de tip bordeline evidenţiază o sinteză a opiniilor formulate de diverşi autori, pe care o rezumă după cum urmează : studiile efectuate evidenţiază o corelaţie înalt semnificativă între psihopatologia bordeline şi experienţele traumatice repetate în copilărie, inclusiv abuzul sexual (în special incestul), abuzul fizic, violenţele domestice (Bryer şi colab., 1987 ; Herman şi

colab., 1989 ; Western și colab., 1989) — replica acestor constatări a fost în contrast cu teoriile anterioare, care susțineau că în patologia precoce a personalităților bordeline erau implicate boli ca schizofrenia sau boli afective (Akiskal, 1981 ; Akiskal și colab., 1985 ; Klein, 1977 ; Perry, 1985) sau perturbarea apărea consecutiv proceselor de separare-individuare (Kernberg, 1975 ; 1976 ; Mahler și Kaplan, 1977 ; Masterson și Kinsley, 1975) la actuala absență sau separare (Bradley, 1979 ; Perris și colab ; 1988 ; Salaff și Millward, 1983), pînă la absența empatică în cursul primelor ani de viață (Adler și Buie, 1979), sau la familie în general cu baze patologice (Frank și Hoffman, 1980 ; Frank și Perris, 1981 ; Grinkee și colab., 1968 ;Gunderson și Englund, 1981 ; Gunderson și colab., 1980 ; Links, 1990 ; Walsh, 1977 ; Zimer și Shapiro, 1975). Aceste studii nu numai că au evidențiat că 50—80% dintre subiecți sînt victime ale abuzurilor și traumelor fizice și psihice dar, de asemenea, o serie de studii au evidențiat că factorii precum vîrsta debutului, severitatea și tipul de abuz sînt elemente de discriminare între psihopatologia bordeline și alte grupe diagnostice (Herman și colab., 1989, Zanorini și colab., 1989).

2. Nevroze infantile fixate care, evolutiv, prin persistența factorilor psihosociali negativi, se pot psihopatiza, evoluție aproape deloc discutată în literatura de specialitate, după cunoștința noastră.

B) *Factori dobîndiți.*

1. Traumatismele craniene.
2. Infecțiile, intoxicațiile, encefalitele epidemice.
3. Unele dintre procesele schizofrenice subclinice. Rindeknecht scria, în acest sens, că anumite comportări antisociale pot fi simptomatologia unei schizofrenii abortive descrisă sub numele de hebidofrenie de către Kahlbaum.

La începutul secolului, noțiunea principală, în mica psihiatrie, era dominată de concepția unei psihopatii constituționale ca o formă înnăscută și stabilă de anomalie a personalității (Kraepelin, Kahn, Koch, Kurt Schneider etc.). Se părea că s-a ajuns în acest domeniu la o deplină clarificare, asupra etiologiei personalităților aberante patologice, dar s-a stabilit că această claritate n-a fost decît efemeră, așa cum se întîmplă cînd omul este abordat dintr-o perspectivă unică Ideea de evoluție, de dinamică și dezvoltare a personalității a

început să invadeze gîndirea psihiatrică. Arhaismul ideilor de invariabilitate şi de stabilitate a constituţiei psihopatice, devenea evident în contradicţie cu studiile psiho-sociologice, dar şi cu studiul dinamicii psihopatiilor.

Concepţia statică a psihopatiei e contrarie principiului de evoluţie. O altă cale are mai mare perspectivă, aceea de a aduce în concepţia psihopatiilor un nou conţinut care să fie adecvat la dinamica principiilor ştiinţei contemporane. Nu este mult timp de cînd Leon Michaux scria că evoluţia opiniilor psihiatriei franceze se caracterizează printr-un interes crescut pentru formele cîştigate de anomalia personalităţii. Sînt de amintit diferitele forme de reacţii personale descrise de autorii francezi. Astfel : *reacţia de imitare* descrisă de Joli, *reacţia de opoziţie* — Heuyer şi Dublineau şi, în fine, *perversiunile reactive* şi *condiţionările patologice ale caracterului*, descrise de Michaux, Gallot, Bureau şi Granier.

Pe de altă parte, tot studiul dinamic al psihopatiilor a arătat că unele din acestea, sînt reacţii şi, ca atare, sînt reversibile şi rămîn în limitele unei norme înţelese în sensul larg acceptat, după cum aceste abateri pot fi începutul unei dezvoltări psihopatice a personalităţii. În majoritatea ţărilor se studiază în prezent formele cîştigate ale patologiei caracterului, alături de cele moştenite, genetice etc. Diversele reacţii, evoluţia psihopatică şi formele variate de psihopatii cîştigate sînt descrise din punct de vedere diferit şi sub termeni diferiţi. Aceste noţiuni se leagă, se conexează, confirmă şi infirmă din ce în ce mai puţin problema psihopatiei, indiferent de noile denumiri sub care este descris în prezent comportamentul aberant biopsihosocial.

Aceasta e tendinţa studiilor din ultimii ani şi aceasta e orientarea studiului în psihiatria actuală. În psihiatria rusă, de exemplu, diagnosticul de psihopatie pretindea o recunoaştere oficială în a doua jumătate a secolului XIX. La începutul secolului XX, elevul lui Korsacov, P. B. Ganuşchin, s-a ocupat predominant din punct de vedere static şi dinamic de clinica psihopatiei şi şi-a adus o mare contribuţie la studiul acestui delicat şi dificil capitol al psihiatriei. Ideea lui P. B. Ganuşkin s-ar rezuma astfel: *statica psihopatiei este rezultatul unei dinamici precedente şi punctul de plecare a unei dinamici ulterioare cu reacţiile şi stările lor particulare*. Psihopaţii trebuiesc studiaţi în procesul dinamicii personalităţii lor. În anul 1920, Ganuşchin şi elevul său Frumkin au descris *reacţiile caracteriologice. Acestea sînt complexe de simptome reactive şi nu*

simptome nevrotice sau psihotice. Ca urmare, diferite forme de reacţii şi dezvoltări caracteriologice au fost descrise în lucrările destinate tulburărilor mintale ale copiilor şi adolescenţilor (Suhareva şi Simson).

Este interesant studiul lui L. T. Else şi colab. (1993), cu privire la particularităţile bărbaţilor care-şi bat femeile, studiu efectuat pe un număr de 21 subiecţi, din care se desprinde concluzia că bărbaţii — personalităţi patologice indiferent de grupă de vîrstă, rasă, educaţie, statut socio-economic şi care manifestă violenţe intrafamiliale —, au suferit în copilărie abuzuri fizice şi emoţionale exercitate asupra lor, dezvoltîndu-se ulterior ca personalităţi borderline, manifestîndu-se după căsătorie ca veritabili tirani domestici.

Împreună cu Ghindikin, Kerbikov a studiat dinamic (în staţionar şi dispensar, în familie şi muncă) 110 subiecţi avînd un diagnostic stabilit de psihopatie. Au fost studiaţi, de asemenea, un grup de control de 100 subiecţi normali psihic. În afară de metoda clinică fundamentală s-a utilizat metoda statistică de analiză a variabilelor studiate. (Aici se disting diferite poziţii care s-au relevat în rezultatul studiilor efectuate: precizarea noţiunii de dinamică psihopatică ; — termenul de dinamică are un dublu sens, unii înţelegînd modificările sau atenuarea particularităţilor psihopatiei deja existente. De asemenea, se poate înţelege evoluţia în sensul propriu, ceea ce înseamnă nu numai modificări ale celor existente, ci apariţia unor elemente noi. La aceste două conţinuturi ale termenului de dinamică corespund tipurile de evoluţie patologică a personalităţii constituţionale puse în evidenţă de Ganuşchin. Încă în 1930 colaboratorii lui Ganuşchin au ajuns la concluzia că prin forţa acţiunilor superioare asupra personalităţii poate fi descrisă psihopatia însăşi şi tipul său. S-a găsit, la grupa de personalităţi psihopate, în 65% din cazuri, părinţi cu deviaţii de caracter. La grupa de control 18%. Bazîndu-se pe asemenea date s-a tras concluzia unei origini ereditare a personalităţii psihopate. S-au studiat, în cele două grupe de cercetare, frecvenţa unei educaţii eronate în familie. S-au găsit, în grupa personalităţii psihopate, 80% cazuri de educaţie eronată, iar în grupa de control 34%, diferenţiindu-se următoarele tipuri de educaţie eronată :

1. *Hiperprotecţia* — cînd s-a imprimat copilului voinţa părinţilor şi s-a înfrînt independenţa lui.

2. *Copiii umiliţi,* care au fost privaţi de toate dorinţele şi au suferit cele mai intense traume fizice şi psihice.

3. *Hipoprotecție*, cu lipsa consecutivă de supraveghere.

4. *Idolul familiei* — cînd s-a permis afirmarea voinței copilului, justificîndu-se toate acțiunile sale pozitive sau negative, fără nici o discriminare valorică.

O analiză corelativă a permis stabilirea concluziei că în cele mai multe cazuri hipoprotecția și nesupravegherea favorizează dezvoltarea caracterului psihopatic excitabil.

Hiperprotecția apare ca factor favorizant în structurarea caracterului psihopatului inhibabil. Există o corelație calitativă între particularitățile personalității și condițiile dezvoltării sale. Din acest ansamblu complex de influențe care se exercită asupra personalității se deosebesc două categorii esențiale după V. O. Kerbikov : ereditatea — educație eronată.

În grupa de control au fost găsiți subiecți ai căror părinți au avut devieri de caracter, educație eronată și nu au deviat într-o personalitate psihopată. În afara influenței familiei, copiii primesc influența prietenilor, cărților, organizării sociale — cea a societății în sensul larg al cuvîntului. S-au găsit cazuri în care educația eronată în familie a fost mai importantă ca ereditatea, de unde concluzia conform căreia *se poate afirma că nu e necesar să te naști psihopat, ci poți să devii în cursul vieții.* S-a desprins, de asemenea, o altă concluzie, și anume că *din punct de vedere genetic, grupa psihopaților este eterogenă.* Sînt cazuri unde particularitatea psihopată devine evidentă încă din copilărie și aceasta nu depinde de condițiile externe ; acestea sînt *psihopatiile nucleare.* S-au observat cazurile de psihopatii cîștigate, acestea apar ca un stadiu final mai precoce sau mai tardiv al personalității psihopate. Cînd o personalitate psihopată este în procesul de formare e mai corect de a vorbi de o *evoluție psihopată.*

Mulți autori au descris forme variate de *reacții caracterologice.* Aceste reacții pot fi începutul unei dezvoltări psihopatice. De exemplu : dacă un adolescent înfricoșat și timid, devine iritabil și coleros, acesta poate fi un semnal al evoluției psihopatice. Se întîmplă ca în cursul unei perioade prelungite adolescentul să fie indisciplinat și iritabil în familie, însă rămîne rezervat, inhibat în afara casei. Aceasta ar reprezenta un fel de *psihopatie sufocată.* Mult timp structura caracteristică psihopaților, care e pe cale de a se forma, rămîne rău definită. Proprietățile psihopatice încă nu s-au evidențiat în aceste cazuri în mod manifest. Aici coexistă particularități greu de înțeles. Aceasta nu reprezintă o psihopatie, ci doar o posibilitate cu potențialitate evolutivă.

Se poate vorbi deci de un stadiu subclinic în dezvoltarea psihopatiei. Pentru acest stadiu s-au dat diverse denumiri. Tramer, de exemplu, a propus termenul de *stare prepsihopată*. Acest termen a găsit audienţă şi adeziune şi reflectă unele dintre particularităţile de dezvoltare psihopatică. Se pare că există în dinamica evoluţiei unei psihopatii o lege clinică pe care o observăm la toate tipurile de personalităţi psihopate, în care se include aici şi legea vîrstelor sau de ilikipsihologie. Aici se are în vedere dezovltarea dar şi agravarea personalităţii psihopatice, care poate evolua în puseele care le sînt atît de proprii. Aceste pusee sau dezvoltări fazice constau în aceea că personalitatea psihopatică, în virtutea profilului său, produce o stare de conflict la care contribuie o dispoziţie tulburată, proprie acelui tip psihopatic.

Particularităţile psihologice psihopatice duc la conflicte, conflictul provoacă reacţii psihogene, după care se remarcă o agravare a psihopatiei. Diferitele tipuri de psihopatie încep a se forma în perioade diferite de vîrstă (legea vîrstei). De obicei, către 10—14 ani, se precizează trăsăturile personalităţii psihopate inhibate, între 12—16 ani personalitatea isterică, între 18—20 ani personalitatea excitabilă, periodicitate care nu trebuie considerată însă decît cu valoare relativă. Trebuie semnalată o altă particularitate la psihopaţii excitabili, în sensul că stadiul prepsihopatic este mai prelungit. Fiecare personalitatea psihopată nu este unitară psihopatologic şi ca atare este, într-o oarecare măsură, polimorfă în sensul că se observă, alături de trăsăturile obligatorii şi particulare unei anumite forme clinice şi trăsături facultative, secundare, care se întîlnesc la alt grup de psihopatii.

La diferite tipuri psihopatice achiziţia prin nucleul personalităţii de trăsături facultative urmează o ordine diversă. În felul acesta se pot confrunta psihopaţii excitabili şi cei inhibabili. Psihopaţii excitabili se caracterizează prin ordinea crescîndă de evoluţie a psihopatologiei, a personalităţii. Aceste tipuri debutează prin excitabilitate apoi înclinaţii către reacţii isterice şi către ideea de sinucidere. Mai tîrziu se adaugă dezvoltarea unei stări de cverulenţă. Stadiile care ar fi caracteristice dezvoltării unei psihopatii inhibate sînt: trăsături psihastenice, disforii, pedantism, evoluţie ipocondriacă.

În ţările occidentale se leagă psihopatia ca realitate clinică şi, paralel cu aceasta, aprecierea unilaterală a limitelor psihopatiei de către K. Schneider (psihopaţii sînt altfel de personalităţi anormale care fie că ei înşişi suferă din cauza

anormalității lor, fie că din cauza acestei anormalități suferă societatea). Persoanele care se încadrează în prima parte a acestei definiții sînt considerate ca nevrotice. S-a ivit tendința de a considera psihopatia numai ca ceva negativ social. În formula lui Schneider au fost introduse și alte corective. În conformitate cu concepțiile cu care lucrează așa-numita microsociologie, despre psihopați se vorbea ca despre oameni incapabili să se integreze în felul de comportare al unei grupe sociale căreia ei îi aparțin.

Contradicțiile în concepția psihopatiilor sînt manifestate demonstrativ și prin multiplicitatea termenilor propuși în scopul de a schimba denumirea psihopatiilor.

În rezolvarea problemei raporturilor dintre înnăscut și dobîndit, în geneza psihopatiei există trei posibilități și toate aceste trei posibilități sînt reprezentate în psihiatria contemporană.

1. Una din rezolvările posibile a problemei este recunoașterea rolului principal al trăsăturilor caracteristice înnăscute (inclusiv ereditare) ale personalității. Partizanii acestui punct de vedere nu socot obligatoriu pentru formarea psihopatiei influența condițiilor externe. Cel mai important reprezentant este Kurt Schneider.

2. A doua rezolvare posibilă este recunoașterea rolului principal al factorilor exogeni. Cel mai prestigios reprezentant al acestui punct de vedere a fost Ganușkin, care arăta că prin forța influenței factorilor externi asupra personalității poate fi înnăscută și psihopatia și forma sa. A nu recunoaște în grupa psihopatiilor și pe cei creați de mediul social este greșit.

3. A treia rezolvare — ambii factori sînt obligatori. Acesta este punctul de vedere cel mai răspîndit. Avînd un caracter intermediar există nuanțe care apropie pe autorii uneia sau alteia din cele două poziții extreme.

În psihiatria rusă această concepție este aproape unanim recunoscută. Această concepție, de fapt, nu e formulată ca dovadă a cunoștințelor precise ci, mai ales, arată necunoașterea în acest domeniu.

D. E. Freerova dă o formulare după care — numai îmbinarea unei insuficiențe determinate a A.N.S. cu condițiile externe cunoscute constituie factori pentru dezvoltarea psihopatiei. Din această definire se poate vedea că nu ne sînt cunoscute particularitățile și mecanismele de acțiune a acestor condiții. În problema raporturilor dintre „înnăscut" și „achiziționat" sînt

două împrejurări în care se unesc reprezentanţii diverselor orientări :

a) Psihopatiile sînt polietiologice.

b) Acţiunea cauzelor prezumtive se referă la trecut, la perioada intrafoetală, la naştere sau la perioada postnatală. Recunoaşterea acestor momente aduce după sine o concluzie importantă şi anume că psihopatiile sînt unitare nu prin semnele lor, chiar dacă ele sînt prezumtive, ci printr-o etiologie unitară.

Pionchovschi ajunge la următoarele concluzii importante, într-un articol asupra istoricului psihopatiei :

1. Concepţia despre psihopatie s-a format foarte încet şi acest proces nu s-a terminat.

2. Încercările de a lega prioritatea în studiul psihopatiilor de nume ca : Balinschi, Koch etc., nu sînt convingătoare.

3. În studiul dinamicii psihopatiilor, rolul cel mai important îl are Ganuşchin, datorită căruia concepţia dinamicii psihopatei a căpătat un loc important.

Lucrările privind începutul studiului psihopatiei este legat de lucrarea lui Pritchard despre „nebunia morală" şi după aceasta se menţionează contribuţia lui Morell. Autorii germani rezervă prioritatea lui Koch.

Popov în „manualul de psihiatrie" începe prin determinarea psihopatiei nu ca o formă unitară, ci ca o grupă de tulburări unite prin trăsături generale. Suhareva a preluat încercarea de a fundamenta sistematizarea patogenică a psihopatiei. Din sistematizarea propusă de ea se desprinde în mod vădit faptul că prin noţiunea de psihopatie sînt unificate nu numai stări etiologice, ci şi stări psihopatice de diverse patogenii ca manifestare a trei tipuri patogenice diferite sau forme de tulburări de dezvoltare : „întîrziere în dezvoltare", „dezvoltare defectuoasă" şi „leziuni în dezvoltare". În aşa fel se conturează reprezentarea psihopatiei ca entitate polinosologică.

În ultimul timp, problema limitelor psihopatiei s-a complicat. În trecut, dificultăţile de bază se impuneau la stabilirea limitelor dintre psihopatie şi variantele nepatologice ale caracterului. Această dificultate există şi astăzi, dar, pe lîngă aceasta, în mod evident, se conturează şi altele şi anume delimitarea psihopatiilor de nevroze. Ar exista două rezolvări ale acestei situaţii : prima — renunţarea la concepţia de psihopatie pe seama includerii sale în concepţia nevrozelor. Pe această cale merg îndeosebi şcolile psihodinamice şi neofreu-

diene. De pe poziţii psihanaliste nevroza poate fi diagnosticată şi în acele cazuri cînd nu există un traumatism psihic. A doua rezolvare — dimpotrivă, constă în asimilarea nevrozelor cu psihopatiile, ceea ce se întîlneşte, de exemplu, în manualul lui Bumke.

Se înţelege că problema constă nu în faptul de a simplifica în mod artificial relaţiile de fapt complicate, ci în a analiza criteriile clinice pentru diagnosticul diferenţial şi sigur în delimitarea şi diferenţierea însăşi a concepţiilor despre nevroză şi psihopatii. În esenţă, acesta este unul din aspectele problemei „înnăscut—achiziţionat" în geneza formării personalităţii patologice. Acest aspect al problemei psihopatiei în linii generale, este analizat de către K. Schneider în lucrarea sa din 1958. *Dacă în formarea patologică a personalităţii predomină influenţa predispoziţiei, atunci este vorba de psihopatie; dacă predomină influenţa stărilor legate de mediu atunci e vorba de nevroză.* În cele din urmă, Kurt Schneider este nevoit să renunţe la predispoziţie şi să ajungă la concluzii nihiliste, potrivit cărora aici nu este aproape nimic de demonstrat. Articolul lui K. Schneider este îndreptat împotriva freudismului, fapt care-i determină unele particularităţi. Scopul articolului este de a reda dreptul psihopatiei la un loc de sine stătător în sistematizarea tulburărilor psihice.

K. Schneider a dezvoltat patru decenii punctul de vedere că „sufletul nu se poate îmbolnăvi" şi de aceea nu există boli sufleteşti, există numai boli ale creierului. În 1919 el spunea: bolile psihice nu sînt boli în înţelesul medical al cuvîntului, ele sînt numai varietăţi sau posibilităţi de reacţiune a esenţei umane.

Stările la baza cărora stau tulburări somatice nu constituie un obiect de competenţa psihiatriei pure; cu trecerea timpului un număr tot mai mare de tulburări psihice ies din cadrul psihiatriei pure întrucît se descoperă tulburări somatice ce stau la baza acestor tulburări psihice.

În psihopatologia clinică ediţia V din 1959, Schneider vorbeşte mult mai clar despre rolul influenţei factorilor externi în dezvoltarea psihopatiei. Educaţia, influenţa factorilor înconjurători, traumele psihice etc., sînt denumite prin termenul de „retrăire". Retrăirile, după Schneider, nu sînt o sursă de dezvoltare a personalităţii, nici a celei normale nici a psihopatiei. Recunoaşterea într-o măsură mai mică sau mai mare o posibilităţilor largi a influenţei externe, scrie K. Schneider, acesta este optimismul la care obligă unele profesii, ca

de pildă : psihoterapeutica, pedagogia. În manualul de „Clinică psihiatrică" Mayer-Gros, Slater şi Rott autorii socot că diferenţa între psihopatie şi nevroze este arbitrară, unul şi acelaşi bolnav la evoluarea comportării sale sociale va fi socotit ca psihopat, iar dacă va fi examinat din punct de vedere pur medical va fi considerat anevrotic.

La autorii ruşi există, de asemenea, mai multe puncte de vedere. Vom aminti două puncte extreme. După părerea lui Vîşnevschi, psihopatia şi nevroza sînt două stări principal diferite. Baza psihopatiei o constituie vătămarea sistemului nervos printr-un proces de structurare, baza nevrozelor este o tulburare funcţional dinamică. Bechterev spunea, în 1885, că în psihopatie, întotdeauna, sînt modificări în structura creierului. O altă poziţie extremă a lui Fedorov apropie atît de mult psihopatiile de nevroze încît sesizarea unei oarecari diferenţieri în esenţa dintre ele este imposibilă. După acest autor, nevrozele şi psihopatiile sînt îmbolnăviri psihogene.

În ultimul timp, apar o serie de lucrări în care se semnalează modificări EEG care demonstrează leziuni ale creierului la personalităţile psihopate. În acest fel, se renaşte „linia lui Bechterev" în studiul psihopatiei care reconsideră acest domeniu de patologie ca fiind de natură organică. Granstein a observat, printre primii, modificări în activitatea bioelectrică a creierului la personalităţile psihopate şi a apreciat acest fapt ca o modificare funcţional dinamică reversibilă.

Izvoarele care stau la baza mişcării continui a ideilor despre psihopatie sînt :

1. Unul din fenomenele firești în dezvoltarea istorică a psihiatriei se poate rezuma în lărgirea continuă a sferei sale, în antrenarea în această sferă a acelor fapte care pînă nu de mult se clasau în domeniul normalului. Pe măsura apropierii de domeniul normalului, criteriile clinice pierd fuziunea lor. Pe măsura fundamentării clinice a noului material, toate faptele îşi găsesc locul lor pentru obiecte noi de studiu, se elaborează noi metode, criterii clinice mai fine şi concepţii mai subtile. Studiul despre psihopatii se mai găseşte încă în faza de căutări şi de elaborare a acestor criterii clinice mai fine.

2. Punctul de vedere în acest domeniu al psihiatriei este împiedicat de acele împrejurări care sînt legate de cercetarea manifestărilor care se raportează la cunoaşterea omului în interrelaţiile sale cu societatea. Concepţiile cercetătorilor sînt determinate în mare măsură de concepţia lor generală despre

lume, apartenența la diverse orientări a psihiatriei contemporane care, la rîndul său, influențează lupta concepțiilor despre lume. Ne vom referi numai la faptul că reprezentarea confluenței înțelesului psihopatiei cu nevrozele apar mai întîi de toate din rîndul psihanaliștilor, iar negarea rolului factorilor externi în geneza psihopatiei apare mai ales în rîndurile psihiatrilor cu orientări în direcția concepțiilor autogenetice.

3. Fiecare psihiatru întîmpină dificultăți atunci cînd, în activitatea sa de terapeut ca și de expertiză, are de-a face cu personalități psihopate. Aceste dificultăți nu sînt atît de catastrofale cum par cînd se încearcă elaborarea problemei pe baza izvoarelor literare contemporane. În această situație, se naște impresia că dată fiind complexitatea acestui domeniu al psihiatriei clinice, studiul despre pishopatii este mult mai complex. În literatura închinată acestei probleme domnește încă puterea deducției.

Serbski (1934), a studiat grupe de personalități psihopate în condiții de privațiune de libertate, în spitale psihiatrice și din evidența dispensarelor raionale de psihiatrie. Din acest material se constată o particularitate și anume : belșugul momentelor etiologice de natură nonconstituțională. Sub diagnosticul de psihopatie au fost înglobate stări de diverse proveniențe și că pe măsură ce conștiințele au devenit mai complete, rămîn tot mai puține persoane despre care s-ar putea spune că sînt personalități psihopate „de la natură". În forma „esențială", K. Schneider include acele observații unde construcția psihopată a personalității se definește din copilărie și se dezvoltă independent de condițiile de mediu și de educație. Această grupă e relativ puțin frecventă, majoritatea psihopatiilor trebuiesc incluse în formele „limitrofe". Ceea ce se denumește cu „formă idiopatică" este același lucru ca „psihopatie constituțională". Așa-numita „psihopatie constituțională" acum 20—30 de ani putea fi plasată la granițele cercetărilor psihiatrice. De atunci, hotarele psihiatriei au continuat să se extindă, așa încît azi această formă se află cuprinsă în interiorul hotarelor ei. Astăzi la limitele cercetărilor psihiatriei se dovedesc a fi alte forme de psihopatie. După Suhareba, la copii și adulți, în această grupă, se includ majoritatea pacienților. Necesită a fi diferențiați de așa-numitele „psihopatii simptomatice" ca urmare a îmbolnăvirilor infecțioase, a toxicomaniilor.

În altă grupă — foarte mare — deformarea personalității se manifestă ca un derivat al condițiilor de mediu, a unei

educaţii incorecte, a traumelor psihogene şi unde, pe de altă parte, particularităţile patologice ale personalităţii, într-un şir de observaţii, se dovedesc relativ instabile şi în mare măsură reversibile. Aici este cu totul necesară şi în acelaşi timp destul de dificilă diferenţierea dintre nevroze şi modificările nepatologice de caracter. Această grupă poate fi socotită grupa stărilor patologice condiţionate în adevăratul înţeles al cuvîntului. Sînt de amintit sectoarele limitrofe care interferează nevrozele şi variantele nepatologice ale personalităţii. Interpretarea clinică a acestor forme depinde de cum e rezolvată problema rolului predispoziţiei şi a mediului în geneza psihopatiei. K. Schneider consideră că această problemă poate fi pusă pentru o examinare principală, iar în cazurile concrete ea răspunde la această problemă abia dacă e posibil acest demers.

În ce priveşte rolul educaţiei, rolul mediului social, observaţiile făcute obligă la recunoaşterea posibilităţii formării personalităţii psihopate nu numai în domeniul dezvoltării particularităţilor patologice complexe, ci şi pe calea apariţiei acestor particularităţi, ca urmare a influenţei nefavorabile a mediului.

Caracterul comun cu nevrozele constă în aceea că apar ca rezultat al unor influenţe nefavorabile care acţionează timp îndelungat asupra psihicului. În acelaşi timp, însă, simptomatologia şi structura lor este neobişnuită pentru nevroze şi sînt caracteristice pentru psihopatii. Între psihopatie şi nevroză există ceva intermediar şi anume, condiţionarea psihogenă a dezvoltării personalităţii psihopate — aceste stări sînt propuse a fi denumite *„nevroza de caracter"*. Alţii ar denumi această formă ca *dezvoltare psihopatică a personalităţii*.

În ce priveşte sistematizarea dificultăţilor educative a tendinţelor asociale şi a altor anormalităţi caracterologice, nu este uniformă. Sînt amplasate în această clasă anomaliile caracteriale congenitale şi anomaliile cîştigate în diferite feluri.

1. Oamenii care, din punct de vedere psihic, sînt demoralizaţi de mediul lor şi de care medicina nu se ocupă şi care nu sînt interesanţi decît din punct de vedere al diagnosticului diferenţial, de exemplu, cu ocazia unei expertize psihiatrice. Ca să clasificăm „aceste produse" ale neglijenţei sociale pentru tulburările caracteriale, înseamnă să se comită aceeaşi eroare de logică medicală ca şi cum am considera analfabetismul ca o formă a oligofreniei.

2. Alţii, la care ereditarea, prin raţiunea unei constituţii

congenitale, le-a atribuit diferite trăsături de caracter care-i face să se diferențieze de mediul lor la fel ca moștenirea trăsăturilor fizice, de exemplu : talia, trăsătura feții. Se moștenesc trăsături de caracter, ca : excitabilitatea, irascibilitatea, trăsături ale vieții instinctive, afectivitatea superioară, capacitatea de a se stăpîni etc. La fel cum trăsăturile somatice suferă modificări sub influența mediului dar numai pînă la limite bine definite, trăsăturile caracteriologice în contact cu bunele sau relele influențe educative se modifică, dar, de asemenea, pînă la un anumit punct. Trăsăturile ereditare nu se modifică niciodată pînă la limite care să nu le permită decelarea de trăsăturile personalității inițiale. Este practic imposibil a stabili o graniță bine definită între ce este congenital și ce este cîștigat în cursul ontogeniei.

3. Homilopații — aparțin celei de a treia categorii. La surdo-muți se formează ideea de persecuție care acționează cu timpul asupra caracterului lor. Se spune uneori că enurezisul aparține copiilor care au o predispoziție din punct de vedere caracteriologic — lucrul este în mod evident contrariu, caracterul copilului care se plămădește în decursul numeroșilor ani și cărora mediul le creează o atmosferă de rușine și pedeapsă, suferă o deformare în dezvoltarea sa caracterială. Experiențele privind originea nevrozelor experimentale, demonstrează că animalele supuse timp îndelungat la stimuli de conflict își schimbă caracterul. Diferența între prima și a treia categorie constă în aceea că odată demoralizați, subiecții sănătoși urmează normele etice asociale care le sînt transmite de mediu, în timp ce reactivitatea homilopaților este schimbată și reflexele condiționate sînt deviate. Caracterul este deformat din cauza condițiilor anormale de percepție. Modificările de structură anatomice care ar provoca aceste situații sînt încă în stare de ipoteză.

4. Subiecții la care acțiunea factorilor patologici asupra creierului în cursul dezvoltării, a cauzat deviații caracteriale. Timpul unei astfel de acțiuni poate să varieze, după stadiu, de la cel embrionar pînă la vîrsta senilității avansate. Diagnosticul nu prezintă nici o dificultate cînd factorul patogenic apare clar și efectele sale sînt vizibile. Dificultatea se face simțită cînd etiologia și patogeneza tulburărilor de caracter nu sînt evidente. În unele opinii nu se găsește o delimitare netă printre anomaliile caracteriale cauzate de leziunile organice cerebrale ; acestea se numesc deseori caracteriopatii.

Statisticile spitatelor de psihiatrie nu au obiceiul de a se ocupa de tulburările uşoare de caracter, deoarece acestea nu se tratează în spitale, fiind în observaţia pedagogilor şi a specialiştilor în psihoterapie. Aceşti copii sînt notaţi cu termenul de *copii cu dificultăţi educative* şi de multe ori nu se gîndeşte să se supună unui examen EEG.

Cu toate că un număr mare de caracteriopaţi scapă fişierelor de psihiatri, ne putem da seama de frecvenţa lor verificînd statisticile leziunilor cerebrale la naştere făcute, de exemplu, de Illingworth sau Roogers în 1959, care au stabilit statistici ample cuprinzînd copii de vîrstă şcolară care au trăsături caracteriopate. Aceşti autori au definit în mod exact după documentele spitatelor perioada gestaţiei şi a naşterii şi au constatat că printre copiii cu comportări anormale acumularea de factori nocivi în perioada prenatală şi natală este sensibil mai crescută decît în grupa copiilor cu comportări normale. Aceste statistici permit a se stabili o relaţie între patologia gestaţiei, a naşterii şi viitoarele tulburări de caracter. Dacă aceşti factori morbizi nu provoacă moartea, ei aduc în consecinţă parilizii, arieraţia mintală, epilepsia, şi de asemenea tulburări de caracter care, în general, sînt subestimate. Ultimele sînt provocate de leziuni cerebrale subclinice, minime.

Rezultă din literatura psihiatrică că tulburările caracteriale organice nu sînt cauzate de un factor etiologic unic. Aceste tulburări sînt cel mai frecvent polietiologice. Mai mulţi autori apreciază că sindromul hiperkinetic rezultă dintr-o leziune sau disfuncţie diencefalică, intervenită la vîrsta mică. Leziunile substanţei reticulare vor cauza hiperfuncţia sa care generează, la rîndul său, o excitare a scoarţei cerebrale, de unde rezultă eretismul discomportamental. Observaţiile făcute pe caracteriopatiile adulte, dovedesc, neîndoielnic, că o caracteriopotie gravă poate apare ca o sechelă lezională a lobului frontal, îndeosebi a porţiunii sale orbitale, cu toate că în multe cazuri sfera subcorticală rămîne intactă. Cazurile grave de eretism la copiii caracteriopaţi apar în momentul unei leziuni simultane a aparatului inhibitor al lobului frontal şi a unei excitaţii maladive de partea sferei subcorticale. Eretismul copiilor mici se explică printr-o subdezvoltare a aparatului prefrontal cauzată de leziuni organice.

Fiecare caz de sindrom psiho-organic, ca şi fiecare caz unde s-a suspicionat o leziune organică a creierului trebuie supus unui examen pneumoencefalografic.

Publicațiile recente susțin justețea împărțirii lobului frontal în două părți. Este un alt tablou clinic în leziunile convexității lobului frontal, adică a părții situate înaintea regiunii motrice decît în cazurile în care regiunea supraorbitară este lezată. În primul caz, bolnavii prezintă o coborîre inițială a motricității și spontaneității, asociată cu abulie, de o dispoziție proastă și obtuză, de diminuarea ingeniozității și a autocriticii.

Aceste simptome merg pînă la pierderea capacității gîndirii abstracte și cauzal logice. În același timp, o demență intelectuală în funcțiile elementare nu apare și afectivitatea superioară nu este atinsă. Din contra, în leziunile părții orbitale a creierului apar tulburări de caracter cu coborîrea afectivității superioare și cu înclinări criminale.

Leziunile nu urmează niciodată o limitare anatomică strictă, nici leziunile traumatice nici procesele de altă etiologie nu se limitează strict la o singură regiune. Procesele expansive care cauzează o creștere a presiunii intracraniene acționează asupra unor părți ale creierului foarte îndepărtate uneori. Numai în mod excepțional procesele atrofice ating în mod precis o singură parte a creierului, deoarece, de obicei, e vorba de focare diseminate. Înclinările antisociale, provin din slăbirea stăpînirii raționamentului și afectivității, pe care n-o putem localiza într-un mediu foarte limitat în regiunea orbitară a lobului frontal.

Documentele lui Hillborn (1960), care analizează 3 522 cazuri de leziuni cerebrale cîștigate în timpul războiului, arată numai în 17,8% tulburări caracteriale. Această cifră nu cuprinde decît pe cei care sînt în permanent conflict cu anturajul din cauza alcoolismului, comportării antisociale sau a altor delicte. Cifra aceasta ar mai trebui coborîtă, deoarece unii contuzionați au prezentat comportare psihopatică înainte de traumatism. Nu se găsesc diferențieri între leziunile de convexitate a lobului frontal și ale părții orbitare. Sînt omise și cazurile de caracteriopatii ușoare, care ar apare în cazul unui examen psihiatric mai detaliat. Multe publicații în domeniul encefalotraumatismelor atrag atenția asupra acelorași constatări.

Afectivitatea superioară interesează pe psihologi și moraliști, totuși ea aparține și psihofiziologiei și psihopatologiei.

Pentru un clinician afectivitatea superioară este, din punct de vedere filogenetic o formă evoluată a vieții afective legată funcțional, atît cît se poate aprecia, cu dezvoltarea lobului frontal. Coborîrea afectivității superioare este totdeauna

un simptom patologic. Această noțiune ia un alt sens în limbajul unui psiholog și pedagog, pentru un clinician cel mai mare criminal poate prezenta o afectivitate superioară intactă, pe cînd un om blînd și inocent poate demonstra o coborîre marcată sau o atrofie a afectivității superioare. Normativele etice pot fi examinate prin metode clinice experimentale. Cercetările asupra psihologiei subiecților lecutomizați nu lasă nici un dubiu că ablația lobului frontal de restul creierului îl privează pe om de funcțiile sale cele mai umane. Este posibil în zilele noastre a-i suprima unui om cu un bisturiu partea esențială a caracterului său — afectivitatea superioară, simțul său etic și estetic, instinctul social și umanitar.

Termenul de personalitate psihopată desemnează un grup de indivizi reuniți prin două caractere permanente :

1. Subiecți la care situația socială e precară și se semnalează de la început prin tulburări în comportare și atitudine antisocială.

2. Subiecți care, cu toate că nu prezintă tulburări mintale și nici deficit de inteligență, din cauza anumitor caractere clinice nu permit să fie considerați ca normali.

După cum rezultă din definirea personalității, este de reținut faptul că structura temperamentală nu poate fi aceeași la toți psihopații, apărînd astfel o variabilitate de forme clinice pe care le reunește însă într-o entitate morbidă, tulburări caracteriale ce variază totodată ca intensitate de la limitele normalității pînă la idiotia morală.

Dată fiind variabilitatea de nivel și intensitate a stărilor psihopatice, apare tentația facilă de a îngloba în această categorie limitrofă cu normalitatea, toate stările de dezechilibru ale personalității care nu se însoțesc de tulburări evidente ale funcțiilor de cunoaștere și, în primul rînd, nevrozele, atitudine pe care și-au însușit-o freudienii, cît și a considera psihopatiile ca o stare premergătoare psihozelor.

În realitate, psihopatiile constituie o entitate nosologică distinctă care ca „mens aberatio" (în sensul devierii personalității de la normalitate) se află, pe de o parte, în interferență cu nevrozele, iar pe de altă parte cu oligofreniile prin deficitul sentimentelor moral-sociale, ce poate merge pînă la agenezie morală (idiotie morală), cît și prin frecventele deficite fine de abstractizare ce se pot găsi la marea majoritate a psihopaților, la exploatarea lor mai atentă.

Exceptînd isteria, care, prin elementele sale structurale, după părerea noastră, se omologhează de fapt în categoria

dintre nevroze și psihopatie, personalitatea nevrotică propriu-zisă se caracterizează fundamental printr-o preocupare neliniștită, obsesivo-fobică în legătură cu propria ei existență, fără denaturarea sentimentelor moral-sociale ce apar exacerbate de teama „greșelii" sau a „ridicolului", ce-i pune, de regulă, în imposibilitatea de a efectua acțiuni antisociale.

Totodată, psihopatia se interferează cu oligofrenia prin caracterul comun de defectivitate psihică cronică, congenitală sau cîștigată în copilărie, oligofrenia diferențiindu-se totuși ca o entitate nosologică față de psihopatie prin deficitul manifest al funcțiilor de cunoaștere și din punct de vedere caracterial prin seninătatea și receptivitatea afectivă caracteristică oligofrenului, cu un comportament onest atunci cînd sînt tratați cu decență și blîndețe, sau cînd nu prezintă ei înșiși trăsături caracteriopatice constituționale.

În sfîrșit, practica îndelungată a clinicienilor nu confirmă că psihopatia ar constitui o etapă premorbidă obligatorie a psihozelor predominant endogene, cu excepția toxicomaniilor care, de fapt, exprimă în general o trăsătură caracteristică psihopatică, agravată de intoxicațiile euforizante, față de care ei prezintă o deosebită receptivitate.

De asemenea, este de reținut faptul că, deși psihopații pot prezenta pe parcursul existenței lor diverse psihoze, ei nu oferă totuși un coeficient mai ridicat de psihoze, comparativ cu persoanele cu un fond premorbid normal.

Delimitarea cadrului nosologic al psihopatiei ca o dizarmonie cronică a personalității impune totodată cu necesitate diferențierea ei de normalitatea psihică.

„Istoria omenirii oferă suficiente exemple, începînd cu megalomania impulsivului Ajax care, după cum îl descrie Homer, ucidea fără rost turme de vite pentru plăcerea de a ucide ; egofilia lui Neron sau Caligula, sau a altor personalități aberante contemporane, prea bine cunoscute, spre a ne convinge că psihopații, plasîndu-se la limita normalității, pot ajunge, în anumite incidențe sociale favorabile, pînă la poziția de conducători, ce le exaltează monstruos caracteriopatia.

„Analizînd comportamentul psihopatic pe plan social, apare în consecință necesitatea definirii normalității caracteriale, ca un continuu efort pentru emancipare și progres.

În acest perimetru al eticii umane progresiste, criteriul psihiatric operează diferențiind pe o curbă gausiană psihopatia

de normalitate prin intensitate, durată și semnificație logică a abaterilor de comportament în prezența discernămîntului asupra conținutului și urmărilor socialmente negative ce le comportă.

Rezultă, deci, că, din punctul de vedere al psihiatriei materialist-științifice, diagnosticul de psihopatie comportă o elaborare corespunzătoare unei exigente documentări medico-sociale.

Documentația psihiatrică stabilește, în primul rînd, caracterul constituțional sau cîștigat prin cauze biogene din copilărie al anormalității caracterio-temperamentale psihopatice, constatîndu-se, totodată, efectele pozitive sau negative ale mediului social și educației în atenuarea sau dezvoltarea lor.

Pe de altă parte, unii psihiatri subiectiviști, conferă psihopatiei un caracter strict reacțional la condițiile de mediu, considerînd-o „socioză", în care caracteriopatia ar exprima o manifestare de protest inconștient față de „frustrările" la care este supus individul încă din fragedă pruncie.

Trecînd fără comentarii peste pitorescul simbolism metaforic al psihiatriei romantice fenomenologiste sau existențialiste, subliniem în mod deosebit importanța ce o acordăm factorilor sociali în dezvoltarea armonică a personalității, precizînd totodată că înțelegerea monistă materialist-științifică a perturbărilor personalității, de care se ocupă psihiatria, nu implică direct confundarea cauzelor ce determină modificări morfo-metabolice encefalice cu deformările caracteriale condiționate de cauze sociale negative — care sînt reversibile în largă măsură prin metode psiho-pedagogice corespunzătoare, deși „biogenul" și „sociogenul" se condiționează reciproc, ca interrelație temperament—caracter, în conținutul dizarmoniei psihopatice.

Endogenetic, defectivitatea psihică poate fi consecința unor dismetabolisme cromozomiale, cromozomii, ca și celulele germinative în general, putînd fi influențați negativ de factori nocivi endo-exogeni, fapt relevat în numeroase lucrări, îndeosebi în ultimii ani.

Pe lîngă aceste tulburări complexe endogene care pot zdruncina patologic ereditatea normală, o serie de noxe exogene care acționează asupra embrionului și fătului au valoare certă de cauzalitate în determinismul unor defectivități psihice ulterioare. Infecțiile și intoxicațiile, traumatismele fizice și psihice ale mamei sînt bine cunoscute.

În sfîrşit, nu pot fi trecute cu vederea suferinţele encefalice din stadiul ontogenetic perinatal şi al copilăriei de falice din stadiul ontogenetic perinatal şi al copilăriei de natură traumatică, toxică sau infecţioase, ca factori biogeni în generarea psihopatiei.

Studiile electroencefalografice indică, aşa cum s-a detaliat mai sus că, la aproximativ 50% dintre psihopaţi aspecte de „imaturitate corticală" caracterizate prin configuraţii dezordonate şi predominenţa unde teta, care se coroborează cu aspecte atrofice, encefalice, identificate pneumoencefalografic, precum şi cu un coeficient de dismorfism somatice şi discrinii.

În acest mod, în prezent se obiectivează cu mai multă certitudine substratul „biogen" — encefalodistrofic — al conţinutului psihopatologic despre dezarmonia personalităţii psihopatice, fapt ce l-a determinat pe Kerbikov să o diferenţieze sub denumirea de *„psihopatie nucleară"* de conţinlutul mai incert al *caracteriopatiei prin inducţie negativă sociopatică.*

Dacă influenţele biogene negative asupra dezvoltării psihice este evidentă şi impresionantă atît ca număr cît şi prin posibilităţile obiectivării lor, nu mai puţin importantă în această privinţă este influenţa indiscutabilă a factorilor sociogeni negativi, dar cu mult mai greu de precizat ponderea lor în structurările psihopatice.

Mediul social de dezvoltare al copilului rămîne desigur hotărîtor prin determinismul său, mai ales în acele cazuri în care nu este implicat cu certitudine un substrat biologic morbid. În aceste situaţii, condiţiile psiho-socio-morale în care se dezvoltă copilul sau tînărul, pot apare drept cauză predominantă în generarea defectivităţii personalităţii, defectivitate cu expresie chimică prin excelenţă caracterială.

Este de la sine înţeles că în prezenţa unui fond defectiv biologic, factorii psiho-sociogeni negativi vor avea un rol evident şi mai defavorabil în dezvoltarea şi agravarea trăsăturilor psihopatice ale personalităţii.

Efortul diferenţierii etiopatogenice cît mai riguroase a fondului predominant biogen sau psihosociogen în generarea psihopatiei, prin metode analitice bioclinice coroborate cu o documentare medico-socială corespunzătoare, are ca scop în primul rînd, modularea atitudinii terapeutice corectoare fie în sens predominant medical, fie în sens predominant psihopedagogic (ortopsihopedagogic), preocupare ce necesită a fi cît mai precoce şi în consecinţă de importanţă majoră în cadrul pedopsihiatriei". (P. Brânzei).

PSIHOPATIA, REACȚIILE ȘI DEZVOLTĂRILE ANORMALE

Pentru psihiatria contemporană rămîn actuale discuțiile cu privire la reacțiile și dezvoltările anormale la evenimentul trăit și relațiile acestor stări sau faze cu problematica clinică a psihopatiilor privite în dinamica și în determinismul lor multidimensional și plurifactorial. Atîta timp însă cît se abordează problema reacțiilor și dezvoltărilor anormale se impune abordarea lor genetică deoarece punctul de vedere static, nerecomandat din punct de vedere metodologic, nu ne aduce nici un fel de servicii pe plan doctrinal-teoretic și nu permite degajarea clară și fără echivoc a unor conduite clinice practice, în diagnosticul, etiopatogenia, prognosticul și terapeutica nici a acestor reacții și dezvoltării anormale și nici pentru psihopatie, deoarece nu avem la îndemînă secțiunea verticală care să ne permită incursiunea exploratorie în istoria personalității a cărei direcție reală o facem cu ajutorul raționamentului clinic uneori chiar intuitiv. Tot în cadrul acestor considerente se impune precizarea că este necesară circumscrierea acestor reacții anormale la domeniul anomaliilor funcționale, excluzînd din acest domeniu bolile care reprezintă devieri calitative de la normal. De aceea, împreună cu Jaspers, vom fi de acord că anomalia reprezintă o variantă extremă a existenței umane normale.

Dar atunci cînd se discută problema normalului și a devierilor sale calitative pînă la a atinge dimensiunea valorică de anormal sînt implicate, în ansamblu ca și în detaliu, o serie de criterii, noțiuni și concepte care vin din cele mai diverse domenii (biologice, psihologice, sociale și spirituale), de manifestare a personalității concrete ca totalitatea de manifestări umane, dar exprimate și trăite în mod concret individual. Tocmai în acest domeniu al relațiilor dinamice dintre particular și general în domeniul personalității,

noi nu posedăm criterii obiective stricte ci mai ales se formulează concepții filozofice particulare, care supraestimează sau subestimează una sau alta din trăsăturile personalității : fie pe cele biologice, fie pe cele sociale, fie pe cele psihologice în combinațiile cele mai diverse și contradictorii, în raport cu un model sau prototip conceptual al unuia sau altuia dintre cercetătorii care abordează manifestările personalității pe dimensiunile diferite calitativ de la anormal la normal, de la abatere la aberație, de la aberațio mentins la alienațio mentis și în care se intrică în modul cel mai diferit expresiile și relația cauzală somatică, psihică sau socială. Dar în realitatea clinică ansamblul realizării și echilibrării acestor factori și tendințe într-un tot unitar depinde nu numai de echilibrul și structura fiecărei părți în parte, ci, și îndeosebi, de soliditatea structurii armonioase ca și de optimumul funcțional a sistemului personalității în totalitatea manifestărilor sale de asimilare și acomodare adaptativă în raport cu exigențele vieții pe scara evolutivă a existenței umane.

În acest ansamblu sistematic ierarhizat și dinamic structurat care este personalitatea, cauzalitatea manifestărilor nu îmbracă numai determinismul de tip natural cu care medicul este obișnuit să opereze în delimitările dintre normal și anormal. Or, în acest domeniu adresîndu-ne personalității, fie că dorim sau nu, trebuie să adoptăm un punct de vedere filozofic și pentru că abordăm normalitatea din punct de vedere psiho-social nu putem eluda problemele axiologiei în care este necesar să luăm în considerare scopul și semnificația valorică a unuia sau altuia din procesele psihice sau îndeosebi a manifestărilor acestora în cadrul personalității și în relațiile sale existențiale interumane. Pe scala enormă de la real la ideal, distanța este acoperită de om cu luminile și umbrele sale inerente, în echilibrul lor normal sau nu în raport cu normativitatea socială care permite o anumită oscilație între ceea ce fiecare consideră ca mod normal de integrare în raport cu norma imperativă statuată și/sau impusă de societate. Raportîndu-ne din punct de vedere psihopatologic la normalitate sau anormalitate, și operînd doar cu criteriul valorilor nu vom admite că este anormal geniul pentru că depășește normalul medie ca statistică și nici nu vom spune că ceea ce este sub medie — statistică după cum nu vom afirma că persoanele care au unele trăsături mai accentuate nu aparțin neapărat anormalului, la fel cum de asemenea nu vom considera că anormalul face în mod obligatoriu și gradual tranziția din-

tre sănătate și boală, și vom admite că mai curînd acestea sînt modalități, specii de existență și expresie a existenței umane pe scala dintre normalitate și boală, fenomene interferențiale între sănătate și normalitatea ca ideal și boală, ca proces morbid, ca proces destructurativ și dezorganizant care înstrăinează pe om în ansamblul personalității sale ca valoare, perturbînd esențial conștiința de sine ca fenomen și proces de integrare în ansamblul normativității sociale în folosul său și al societății.

Psihiatrul abordînd fenomenele psihice pentru a evidenția aberațio sau alienațio mentis, are în fața sa un univers a cărui determinare sub aspectele sale de normalitate variabilă în limitele integrității, unității, identității și dinamicii ce se realizează într-un permanent echilibru între ceea ce este natură și ceea ce este cultură în cadrul fiecărui invid ca și în cadrul unei societăți date și de aceea, fenomenul mintal considerăm că nu poate fi studiat nici numai dinspre domeniile de manifestare ale naturii și nici numai dinspre cele de manifestare ale culturii și respectiv al societății, ci în unitatea lor dinamică, unitară, integrală, ireductibilă armonioasă și totodată contradictorie pe unitatea concretă de dezvoltare a personalității în raport cu grupul social care-l include și-l determină.

Cert este însă că atunci cînd ne aflăm în fața unui caz clinic, ca psihiatri, ne întrebăm, în prezența unor manifestări anormale ale personalității, dacă ceea ce observăm și etichetăm ca anormal este rezultatul unei dezvoltări anormale din punct de vedere psiho-social sau sîntem dimpotrivă în prezența unui proces de natură patologică, a unei suferințe grave de substrat ale cărei cauze nu le cunoaștem. Deși admitem, că nu există perturbare psihică, oricît de puțin intensă sau de puțin semnificativă ar fi ea, care să nu se dezvolte în prezența unui substrat morfo-funcțional vulnerabil, fragil sau deficitar, trebuie să recunoaștem totuși din punct de vedere etiologic, cel puțin pentru minime motive metodologice, prezența unui factor cauzal predominant endogen, predominant exogen (din care nu excludem inclusiv influențele psihice negative), sau asocierea lor predominantă endo-exogenă. Pe de altă parte atunci cînd considerăm fenomenul psihopatologic ca dezvoltare anormală, ca alternativă nefericită între factorii psiho-sociali cu acțiune negativă, în acest determinism apare pe primul plan fie că se asociază sau nu și factorii de natură funcțională sau de structurare disfuncțională determi-

nată sau favorizantă, după cum atunci cînd fenomenul psihopatologic este rezultatul unui proces, atunci determinarea etiologică predominantă este cea endogenă, exogenă, sau exo-endogenă și în care desigur, că factorul de natură psiho-socială relațional-cauzală nu trebuie deloc neglijat. Corelațiile dezvoltare-proces au o particulară importanță pentru a stabili cauza, atitudinea terapeutică și pentru a încerca profilarea mai mult sau mai puțin corectă a unui diagnostic și a unui prognostic.

Dar trebuie să subliniem un fapt contradictoriu și totodată paradoxal cu privire la cei doi termeni utilizați mai sus de dezvoltare și de proces în sensul că dezvoltarea este un fenomen care implică procesul, iar procesul ca atare este el însuși rezultat al unei dezvoltări. Așa cum subliniază Kurt Kolle „Dezvoltarea înseamnă curba ascendentă apoi descendentă de la copilărie, la maturitate și apoi la bătrânețe. Deci fenomenul dezvoltării se suprapune, de bine de rău, fenomenului vital al vieții în genere. Dar cît de greu este să spui dacă criza din pubertate, sau caricatura senilă, mai sînt ele dezvoltări, și nu cumva procese". Cu atît mai mult dezvoltarea și procesul sînt mai dificile de subliniat și de diferențiat atunci cînd sîntem în prezența unui echilibru fragil sau vulnerabil somatic ce se manifestă latent în copilărie și se evidențiază cu atît mai evident pe parcursul dezvoltării ontogenetice ca proces cu atît mai mult cu cît condițiile psiho-sociale sînt mai evident precare. În asemenea situații, ceea ce apare pe prim plan este dezvoltarea anormală însă ca fapt determinant este în realitate procesualitatea organică evidentă. Acest aspect de realitate clinică este uneori atît de surprinzător în evoluția unui caz clinic, și din nefericire atît de frecvent întîlnit, încît *psihiatrii sînt puși în situația de a manifesta suficient de multe rezerve cu privire la una sau alta dintre cele două formulări și aceasta pentru că natura își exprimă pe un registru restrîns și nespecific defectele în planul manifestărilor psihice.* Mai mult decît atît în prezența unor suferințe manifeste cerebrale și uneori chiar în condiții negative de mediu personalitatea cunoaște o dezvoltare satisfăcătoare, iar uneori excepțională, ceea ce contrazice orice absolutizare într-un sens sau în altul.

Pe de altă parte dezvoltarea poate de asemenea ca și procesul să nu ducă neapărat la instalarea unei anormalități psihice sau a unei veritabile *abertio mentis*, decît doar în anumite condiții, și după opinia noastră în cele mai frecvente

cazuri, permite fie accentuarea unor trăsături ale personalității, fie structurarea sau o accentuare a acestora fără ca prin aceasta totuși personalitatea respectivă să se manifeste comportamental aberant în mod evident și îndeosebi să se manifeste printr-un comportament de tip psihopatic.

Concepînd psihicul ca un sistem, nu putem să nu recunoaștem organizarea plurinivelară și pluridimensională a acestuia, dar în același timp și diferențierile calitative a acestor structuri subordonate în ultimă instanță conștiinței, care asigură armonizarea unitară a complexității părților, a identității și a integrității lor într-o organizare ierarhică dinamică ce reglează în raport cu necesitățile externe și de autoreglare internă în mod stabil prin stări și procese ce se desfășoară pe baza principiilor de semnalizare și reflectare anticipativă (de la cea elementară la cea superioară simbolică) și se interacționează cu ajutorul și prin intermediul unor operatori specifici de compensare, clasificare, seriere spațio-temporală, analiză și sinteză, acești operatori acționînd pe baza unor criterii semantice și pragmatice senzitiv-senzoriale și ideo-afective superioare, conștiente. În acest sistem ierarhizat și complex ca un univers cu numeroase galaxii, se îmbină ceea ce este elementar în reactivitatea umană de la modificările enzimatice, humorale, endocrine, vegetative, instinctive, emoționale, afective și pînă la procesele ideo-afective, inconștiente și conștiință, fenomene care sînt expresia întrepătrunderii dintre ceea ce este moștenit și ceea ce este dobîndit în raport cu macrosistemele (naturale și psiho-sociale) care alcătuiesc mediul său de formare și informare dar și din care face parte, din care-și efectuează împrumuturile de structură și conținut. Subsistemele psihicului uman infra- și suprastructurate (arhi-, paleo, și noopsihice) se autodetermină și se interdetermină în mod relativ prin capacitățile sale de autoechilibrare asimilator-acomodativă care vizează evocativ prin prezentificare anticipativă nu numai modelarea și transformarea condițiilor socio-culturale în care autodeterminarea activismului subiectului nu ține numai de calitatea modelator-formativă a mediului ci și de calitățile inițiale ale activității psihice umane elementare pe care o are fiecare individualitate ca expresie a moștenirii sale filogenetice. Din îmbinarea acestor elemente dobîndite și moștenite, din unificarea zestrei ereditare cu influențele de natură socio-culturală, va rezulta personalitatea ca macrosistem, ca un macrooperator dinamic între ceea ce constituie sistemul psihic uman.

și condițiile de mediu exterior, comportamentul fiind în fond rezultanta integrală și integratorie conștientă și inconștientă a unor interpolări și extrapolări plurinivelare și plurisemnificative ce se realizează în raport cu lumea și cu sine însuși în cursul unei procesualități polimorfe, contradictorii și totuși unitare prin intermediul fenomenului conștiinței de sine care armonizează relațiile dintre personalitate și mediu, dintre conștiința individuală și cea socială.

Înțelegînd sistemul psihic-uman în genetica sa ca rezultat al interiorizării acțiunilor în planul evoluției social-istorice sub aspectul speciei — și al ontogenezei sub aspectul individului, atunci vom înțelege în același timp însăși conștiința ca un sistem de structurări în care vom întîlni în grade diferite exprimări ale arhi- și paleogenezei psihismului elementar (impulsuri, instincte, emoții, afecte, senzații, percepții) ca și cele ale noogenezei ideo-afective (percepție, reprezentare, gîndire, sentimente, pasiuni etc.), culminînd cu voința, elemente care alcătuiesc un tot dinamic, unitar, complex și cu grade diferite de autoreglare prin mecanisme emergentive și imergentive, în procesul de interiorizare a acțiunilor ce exprimă și se exprimă prin activitate în raport cu lumea obiectivă. Fenomenele de condiționare reciprocă, între procesele primare, elementare și cele secundare, superioare și de convertire plurinivelată și plurisemnificativă între elementele de psihism primar și superior, între ceea ce este afectivitate primară și afectivitate superior elaborată, între afectivitate în ansamblu și procesele intelectiv-cognitive sub raportul unității lor reciproc convertibile ideo-afective și comunicativ-informaționale se realizează în simultaneitatea lor asigurînd totodată intercondiționarea unitară reciprocă între conștiința de sine și conștiința socială în cazul unor condiții favorabile interne și de mediu exterior psihosocial. Pe această curbă evolutivă de realizare a unor structuri armonioase ale sistemului psihic intervine în același timp dimensiunea de ierarhizare între inconștient, subconștient și conștient cu toate valențele contradictorii din care rezultă prin procesul de subiectivare — obiectivare prin activitate, unitatea armonioasă a personalității în care conștiința operează fenomenele de subordonare și intrare în tensiune de lucru armonică a subsistemelor inferioare ale subconștientului și inconștientului în orice decizie comportamentală.

Așa cum subliniază Paul Popescu-Neveanu „Structurile subconștientului sînt în mare măsură generate de activitatea conștientă, iar conștiința operînd ca sinteză între subiectiv și obiectiv își subordonează inconștientul pe care tinde să-l

descifreze. Deci în cadrul sistemului psihic uman nu este posibilă conştiinţa pură fără activări inconştiente de substrat sau zonă, iar la om şi structurile inconştiente locale împrumută forma conştiinţei, fiind uneori denumite ca fenomene de mică conştiinţă sau conştiinţă de scurt circuit. Sistemul psihic uman este deci un continuu de verigi operaţionale integrate la diverse niveluri şi dispunînd între ele de feedbackuri interne, pozitive şi negative, circuitele cu lumea fiind mijlocite prin circuitele interne şi invers, analiza pe verticală a sistemului psihic uman relevă faptul că la bază persistă o subiectivitate mai mult închisă şi personală, pe cînd la vîrf se polarizează o subiectivitate maximal deschisă şi adecvată la obiect. Deci funcţia realului se exercită de către vîrful conştient din modelul piramidal corespunzător sistemului psihic uman. În acestea structurile congnitive deţin un loc central şi esenţial pentru simplul motiv că intră în stăpînirea relaţiilor esenţiale dintre univers şi propria fiinţă".

Structurarea sistemului psihic uman este însă supusă din punctul de vedere calitativ atît condiţiilor de ordin intern şi simultan şi condiţiilor de ordin extern. Pe de altă parte nu trebuie să uităm că natura poate face rebuturi la nivelul acelor structuri funcţionale care asigură în cadrul sistemului psihic uman subiectivitatea închisă-personală şi de natură îndeosebi moştenită sub forma psihismului elementar, primar comun, ca modalitate de integrare în raport cu lumea obiectivă şi la un nivel inferior, atît pentru om cît şi pentru animalele superioare. Intrarea în tensiune de lucru superergică a unor asemenea structuri pulsionale, instinctuale, şi afectiv-cognitive, elementare strîns apropiate de manifestările vegetativ-endocrine şi umorale pot determina fenomene de „mică conştiinţă", de „scurt-circuitare" a conştiinţei, sau de îngustare a cîmpului conştiinţei şi respectiv de perturbare a funcţiilor superioare de conştiinţă ca şi de perturbare a realizării de către conştiinţa însăşi, a funcţiei realului, tocmai prin efectul de distorsionare a sistemului de integrare şi stăpînire a relaţiilor dintre propria fiinţă şi lumea înconjurătoare, fără ca de fapt să se petreacă întotdeauna şi o modificare calitativă a discernămîntului asupra actelor socialmente periculoase întreprinse prin *incapacitatea voinţei de a comuta acţiunea primitivă pulsional determinată, în non-acţiune conştientă frînată.*

După opinia noastră aici se află punctul central, nodal al înţelegerii psihologice normale sau psihopatologice a compor-

tamentului psihopatic în sensul că în polaritatea complementară și contradictorie conștient-inconștient activările de substrat sau de zonă predomină împrumutînd conștiinței valențe primitive care împiedică o integrare corespunzătoare și o realizare optimală a funcției realului și ca atare și o structurare a unui eu și a unei conștiințe de sine deficitare și în dezacord cu conștiința și normalitatea socială.

Dizarmonia poate avea grade diferite calitativ de exprimare care se întind de la normalitatea reală existențială și pînă la anomalia ideo-afectivă de tipul unei adevărate *„idioții morale"*. În aceste gradualități de structurare dizarmonică a sistemului psihic al personalității intervin factori diferiți endo-exogeni în care ceea ce este cîștigat și ceea ce este dobîndit se intrică într-un mod de o complexitate extrem de vastă și de cele mai multe ori indisociabilă în planul relațiilor biopsihosociale.

Modelarea pozitivă sau negativă a naturalului prin influențele modelator-formative pozitive sau negative, ale determinărilor psiho-sociale cunoaște o variabilitate individuală realmente extrem de diversă. De aceea pentru psihiatru se impune considerarea fiecărui caz particular în parte studiat sub aspectul dinamic al biografiei sale în raporturile de asemenea dinamice și calitativ diferite ale influențelor psiho-sociale de micro- și macrogrup. Din acest punct de vedere este necesară o concepție filozofică profund fundamentată determinist-științific din punct de vedere al interrelațiilor unitare indisociabile și ireductibile bio-psiho-sociale despre om, concepție car nu poate face abstracție de punctul de vedere axiologic general uman, dar nici de condiționările multiple complexe unitare dar contradictorii ale naturii și specificității central-spirituale umane.

Anomaliile de structurare a sistemului psihic uman pot apare și să se manifeste în condiții diferite la diferite persoane, exprimîndu-se ca accentuări de personalitate ale unor trăsături de psihism elementar dar care nu distorsionează calitativ conștiința de sine și n-o aduc în contradicție flagrantă cu conștiința socială. În acest sens, este de admis poate opinia lui K. Jaspers că anomalia reprezintă în fond o variantă poate nu chiar extremă așa cum spune autorul a existenței umane normale. În momentul în care însă ierarhizările interioare în sistemul psihic uman se realizează după modelele primitive, profunde, închise, și deci persoanele, de subiectivitate elementară, atunci comportamentul care exprimă pertur-

barea fenomenului de subiectivare-obiectivare devine dizarmonic dezechilibrat, își însușește particularități aberante cantitative și calitative care perturbă, dezechilibrează, sau disociază ierarhia sistemului în care, în funcție de partitura disonantă, va predomina fie ceea ce este endogen deficitar în aranjarea notelor sale de orchestrare genetică, fie că va predomina modelarea defectuoasă a structurării superioare a conștiinței de sine care va lăsa frîu liberr de manifestare unor tendințe pulsionale ce se umanizează la o scară valorică minimală sau de inferioritate valorică manifestă prin incapacitatea de a frîna prin modelare optimală ceea ce este normal din punctul de vedere al substratului morfo-funcțional dinamic cerebral.

Tocmai datorită acestei incongruențe în polaritatea conștient-inconștient, dobîndit-moștenit în structura și structurarea dinamică a personalității, unii autori au denumit psihopatiile ca *„structuri tarate"* (Von Bayer), *„oameni ai extremelor"* (Luxemburger), *„predispoziții bizare"* (Reidel) ; *„ persoane aparte"* (Heinzel), *„normali discordanți"* (Kahn), *„degenerați"* (Magnan), *„nomalii derapante"* (Kolle) sau *„glisante"*, în care se subliniază de fiecare dată nu numai discordanța și dizarmonia sistemului psihic al personalității dar se lasă a se înțelege conservarea relativ integră a conștiinței de sine, dar distorsionată și în contradicție valorică cu conștiința socială, prin ceea ce este primitiv în structurile umane, cu realizarea simultană a unui nivel intelectiv satisfăcător calitativ dar incapabil în plan operațional a stăpîni pornirile primare instinctiv-emoționale și de a nu le lăsa frîu liber manifestărilor comportamentale aberante.

Dar în prezența unor fragilități de substrat constituțional, deci predominant endogen, sau în prezența unui proces determinat prin acțiunea unor factori de natură predominant exogenă sau endo-exogenă, dezechilibrul nu se realizează decît în condițiile în care au loc fenomene de ordin negativ din punct de vedere psiho-social.

P. Botezatu abordînd problematica atît de vastă și de puțin cunoscută a copilăriei sublinia că atitudinea față de copil ca și față de copilărie sînt de o particulară importanță dacă avem în vedere faptul că *„modalitatea desfășurării copilăriei este hotărîtoare pentru viitorul omului și al omenirii"* (subl. ns. M.Ș.) și aceasta pentru că oricît de paradoxal ar apărea față de silogismul vieții exprimat anterior, totuși : *„copilul este [illegible]ál omului"* dacă avem în vedere bogăția, importanța, semnificația și urmările calitativ diferite ale eveni-

mentelor trăite în copilărie. Înțelegerea acestor evenimente este perturbată de *„fenomenul universal al uitării"* care acoperă anii copilăriei sub raport cantitativ și calitativ, ca și de *prejudecata* că evenimentele copilăriei ar fi un *„gen de paradis pierdut"* care se uită repede și care nu ar lăsa nici o urmă și nu ar avea mai ales, prin conținutul lor o semnificație profund umană cu un important rol creator în modelarea anticipativă a personalității și a răspunsurilor sale la solicitările multiple, complexe și de o profundă și plurivalentă semnificație în planurile vieții individuale.

P. Botezatu, evidențiind că psihologia abisală freudiană a evidențiat mecanisme care stau la baza edificării psihice în copilărie, a ridicat în același timp vălul inconsecvenței care domnea peste acest domeniu al cunoașterii vieții umane dezvăluindu-ne uneori existența unor adevăruri dramatice care țin de o memorie pe care n-o mai stăpînim dar care încrustată în structurile bio-psihice elementare și care se comportă într-un mod paradoxal cu repercursiuni de multe ori funeste îndeosebi în domeniul educației și comportamentului.

„Operează în primul rînd — scrie P. Botezatu — *un paradox al uitării : ceea ce am uitat este mai activ decît ceea ce n-am uitat !* Ce se întîmplă ? Evenimentele usturătoare ale vieții infantile : frustrații și agresiuni, inferiorizări și nedreptăți, copilul în defensivă le acoperă prin procesul de refulare (subconștientă) sau represiune (conștientă) în cazurile cînd nu-și poate manifesta revolta. Acestea fierb mocnit în umbră, uneori timp îndelungat, suferă prefaceri radicale și izbucnesc surprinzător și, mai grav, determină în timp modificări negative ale caracterului. În fond acționează mecanismele de apărare care, ca și în cazul imunității organice capabile de autoagresiune sau boli autoimune, poate fi deformat prin exagerarea reacției. Legea supremă a echilibrării psihice cere ca dezechilibrările să fie compensate, dezechilibrul să fie înlăturat. În cazuri mai grave se poate ajunge la periculoase procese de *supracompensare*, cînd inferioritatea se transformă în superioritate, frustrația în agresiune ș.a.m.d. *Violența acțiunii conduce la violența reacției.*

„Situația se agravează prin faptul comun al neînțelegerii reciproce dintre copil și adult. *Noi înțelegem mai greu universul copilăriei, iar copilul pricepe mai greu comportarea adultului. Copilăria este o lume aparte, în care noi, adulții, se cere să pătrundem cu atenție și delicatețe, cu afecțiune și înțelegere. Domină acolo o altă scară de valori, pe care nu*

e bine să o siluim... Cîți știu că ei, copiii, sînt mai sensibili decît noi la nedreptate, la frustrație, la înjosire, la violențe ? Acestea nu sînt întîmplări copilărești ce se uită repede și fără urmări. Sînt, dimpotrivă, evenimente capitale în viața copilului, care îl vor deforma pe toată viața. Copilul resimte mai puternic agresiunile pentru că nu le poate înțelege ca să le poată ierta, așa cum procedăm noi.

„În genere, greșelile noastre de atitudine și intervenție se înscriu în două mari categorii : prea puțin sau *prea mult : afecțiunea redusă sau exagerată, libertatea reprimată sau nelimitată, inițiativă totdeauna refuzată ori permanent îngăduită, programare impusă sau absența oricărui program etc. După indicația lui Aristotel, virtutea se înserează pe calea mijlocie, aceea care evită extremele, ceea ce este binevenit în opera de educație. Nu ne trebuie copii torturați, dar nici copii răzgîiați, nu evoluează normal copii oprimați, dar nici copiii lăsați de capul lor, nu ne satisfac, copiii dresați dar nici copiii needucați ș.a.m.d.... dacă ne gîndim bine, mai grave decît sancțiunile fizice sînt agresiunile morale : frustrarea de afecțiune și tortura morală, înjosirea și nedreptatea etc. Copilul care a avut de suportat asemenea violențe rămîne marcat pe viață. Va crește un ins dezechilibrat, complexat ,izvor permanent de neînțelegere cu cei din jur. Se produce o explozie în lanț : dezechilibrul naște dezechilibru, iar reeducarea unui tînăr dezorientat, costă mult societatea, ca strădanie materială și morală.*

„Copilul este tatăl omului", expresie plină de gravitate ! Să nu uităm că oamenii sănătoși de mîine sînt copiii sănătoși de astăzi — corporal și spiritual". (subl. ns. — M.Ș.).

În contextul referirilor psiho-sociale pe care le subliniază textul de mai sus se cuvine să adăugăm că în fiecare etapă modelarea naturii umane pentru realizarea personalității se face în mod primordial în copilărie, deoarece profilul genetic al naturii umane se modelează, se conturează și-și dezvoltă valențele în contextul relațiilor optimale calitativ psiho-social, determinate pentru realizarea unității armonioase, complexe și contradictorii dintre ereditatea biologică și ereditară socială, în care anumite limite de variabilitate concomitentă dependentă dar independentă în același timp sînt absolut necesare în această unitate. De aceea, noi considerăm necesară diferențierea personalității și a modalităților sale de reactivitate pe scala complexă a diferențierii sale bio-psiho-sociale. „Un om valid și normal din punct de vedere somatic poate rămîne în

urmă în procesul dezvoltării sale mintale, după cum cineva normal fiind ca intelect, poate fi arierat afectiv și moral, ceea ce a permis unui psiholog (H. J. Eysenck) să lanseze termenul de „imbecilitate morală" (V. Pavelcu).

În acest vast proces de cristalizare a personalității se realizează deschiderile și barierele specific umane ale fenomenelor psihice de asimilare și acomodare-adaptare la condițiile naturale și psihosociale variabile ca intensitate, durată și semnificație nu numai din punctul de vedere al parametrilor lor exteriori ci, îndeosebi a parametrilor de receptare și integrare subiectivă în condițiile particulare fiecărei personalități de a subiectiva pentru a o interioriza la nivelul unor cote superioare valoric cognitive, afective și moral-sociale, în condițiile unui echilibru funcțional optimal simultan biologic, psihologic și social în unitatea și interdependența sa modelator-formativă.

Deschiderile și barierele adaptative ale fiecărei personalități reprezintă tocmai această sinteză selectivă unică și dinamică funcțională biologică, psihologică și socială a fiecărei personalități, a conștiinței de sine cu umbrele, penumbrele și luminile sale, cu structurile sale noogenetice ca și de biopsihism elementar, cu sistemele psihice integrate inconștient, subconștient și conștient, cu modalitățile calitativ diferite de reactivitate în raport de condițiile de asimilare și acomodare, atît în raport cu excitanții naturali cît și cu sensurile, simbolurilor și semnificațiile pe care le poartă universul fascinant al cuvintelor, toate considerate și exprimate atît față de prelucrarea unor acțiuni normale sau psihotraumatizante ale mediului natural și social.

A. A. Magrebian desprinde trei nivele ale sistemului adaptativ uman : a) nivelul general biologic de autoreglare ; b) nivelul automatismelor ; c) cel conștient al personalității. Toate cele trei nivele ierarhic structurate asigură nivelul de adaptare a omului prin echilibrul dinamic de autoreglare realizată în dezvoltarea filogenetică și care susține autonomia proceselor vitale fundamentale ale organismului, al doilea sistem realizează sistemul mecanismelor genetic-ereditare ale sistemelor general biologice cu funcționare automată și care se manifestă sub forma activităților instinctuale reglate prin funcțiile spinale, de trunchi cerebral și subcorticale ale sistemului nervos central. Al treilea sistem care asigură funcționarea automată — este reprezentat de automatismul gnozic parțial care se dezvoltă sub influența mediului social în raport de

stadialitatea edificării personalității și care se află în relație cu trebuințele și voința personalității și ține de reglările superioare corticale cerebrale. Între aceste trei nivele este o strînsă unitate funcțională ce se realizează prin tripla funcție de reglare, de asemenea automată, după opinia noastră de tip neuro-endocrino-umorală. Aceste mecanisme au o determinare genetic-constituțională, se edifică în decursul filogenezei și otnogenezei fiecărei individualități, iar perturbarea fiecăruia din aceste sistem ca și dezintegrarea funcțională a fiecăruia din ele aduce modificări de diverse grade ale fenomenelor care asigură bariera adaptării bio-psihice.

Crizele biologice, vîrsta, suferințele viscero-umorale și cerebrale, pot determina perturbări ale sistemului adaptativ al personalității, și poate mai corect al individualității, cu rezonanțe disfuncționale asupra sistemului de realizare și integrare a personalității în ansamblul vieții sociale și a realizării conștiinței de sine, elaborînd în final o strategie funcțională bio-psiho-socială particulară de integrare în condiții favorabile sau nefavorabile de mediu intern și extern. Mecanismele care intervin în această adaptare sînt — după P. K. Anohin de prelucrare a programelor acțiunii și de formare a rezultatelor ei, de informare aferentivă prin mecanisme de feed-back — de sinteză aferențială, de acceptor al rezultatelor acțiunii, a rezultatelor cu o nouă reintegrare în acceptorul rezultatelor cu cele real inițiale. Aceste mecanisme cu desfășurare automatizată sînt subordonate și integrate la un nivel superior ideo-afectiv, intelectiv-conștient la nivelul personalității în procesele de adaptare, aceste mecanisme avînd va element dominant funcția de reflectare anticipativă a realității.

De aceea, noi considerăm alături de G. K. Uşakov, că normalitatea psihică se referă și include următoarele criterii : *„determinarea fenomenelor psihice, necesitatea lor, cauzalitatea, sistematizarea ; corespunzător vîrstei individului, maturizarea sentimentului permanenței (constanței) locului existenței ; apropierea maximă a imaginilor subiective formate ce reflectă obiectele activității ; armonia dintre reflectarea condițiilor activității și raportarea individului la ele ; reacții adecvate ale subiectului la influențele de mediu fizic, biologic și psihologic și identificarea adecvată a imaginilor amintirilor cu imaginile monotipice ale reprezentării amintirilor ; reacții corespunzătoare (atît fizice cît și psihice) ca forță și frecvență la excitanții externi ; sentimentul poziției în mediul cu cei asemănători sieși și în armonia interrelațiilor cu ei ; abordarea*

critică a condițiilor vieții ; capacitatea de autocorecție a comportamentului corespunzător cu normele tipice pentru diversele colective ; sentimentul de responsabilitate pentru urmași și pentru membrii apropiați ai familiei ; reacții adecvate la condițiile sociale (mediul social ; sentimentul constanței și identității trăirilor în condiții identice ; capacitatea de a modifica reacțiile comportamentale în corelație cu modificările situațiilor din viață ; „autoafirmarea în colectiv (societate) fără prejudicierea restului membrilor săi ; capacitatea de a-și planifica și realiza calea sa în viață și altele". (subl. ns. — M.Ș.). (G. K. Ușakov în : Nevrozî i pogranicinîe sastoiania — Leningrad, 1972, p. 10—11).

Așa cum vedem, Ușakov pune accentul, atunci cînd discută normalitatea psihică, pe aspectul de natură psiho-socială și îndeosebi pe factorii interni ai comportamentului uman. Problema care se pune este a considera personalitatea umană ca totalitate concretă de manifestări umane polivalente sub aspectul lor dinamic în dezvoltarea ontogenetică biologică, psihologică și socială, ca relații dinamice unice, interdependente și contradictorii care se realizează în consens sau în contradicție cu exigențele eredității biologice și sociale și cu împlinirea unei dezvoltări armonioase atunci cînd sînt întrunite condițiile optime de dezvoltare sau o dezvoltare dizarmonică atunci cînd unul dintre factorii componenți și determinanți ai personalității sînt deficitari.

În acest sens, la un copil cu o moștenire biologică optimală, dacă în primii ani de viață nu asimilează prin intermediul apartenenței la — și în raport de stadialitatea evolutivă — ereditatea socio-culturală, riscul evoluției și a unei structuri dizarmonice poate deveni major, dacă avem în vedere îndeosebi faptele subliniate mai sus privind relațiile deficitare dintre adult și copil și că modelările negative, care se uită la vîrsta adultă, pot să se manifeste cu violență îndeosebi în cazul proceselor de supracompensare sau subcompensare. Un argument în plus privind rolul modelator formativ al eredității sociale este exemplul copiilor crescuți împreună cu animalele și la care nu s-a putut dezvolta natura specific umană.

Întreaga ontogeneză umană se află sub semnul unor permanente procese dinamice de echilibrare adaptativă la mediul cultural profesional de la vîrsta copilăriei și pînă la vîrstele avansate ale senectuții sub raportul dinamic și unitar al relațiilor interdependente biologice, psihologice și sociale prin

mecanismele imergentive şi emergentive psiho-neuro-vegetativ-endocrine şi umoral-metabolice-moleculare.

De aceea, considerînd normalitatea psihică sub raportul triplei sale determinări, vom sublinia că din punctul de vedere al personalităţii considerată ca sistem vom sublinia că procesul de asimilare şi acomodare adaptativă comportă în genere trei planuri distincte :

a) *în plan biologic*, adaptarea se caracterizează prin structurarea sistemică a organizării biologice moştenite prin realizarea unor mecanisme operatorii automatizate independente, senzitivo-senzoriale şi motorii, dar şi dependente de suprastructurile energentive subjacente de natură umorală, endocrină, vegetativă şi neuropsihică primare şi prin intermediul unor formaţiuni biochimice cu determinare genetică, ca şi prin mecanisme imergentive a formaţiunilor neuro-vegetative şi endocrine care subordonează reglările humorale pe care subordonîndu-le se realizează acţiunea asupra nivelelor moleculare şi submoleculare. Acest complex de mecanisme sînt subordonate mecanismelor nervoase (spinale, de trunchi cerebral, mezencefalice) care supordonate, realizează, în virtutea automatismelor vitale, în mod unitar homeastazia internă asigurarea funcţiilor biologice ale structurilor de biopsihism elementelor în relaţie cu mediul înconjurător pe care acesta îl asimilează stadial realizând structurările funcţionale adaptative dintre elementele interne şi externe. Se realizează astfel, unitatea, trăsăturile genotipice şi fenotipice indisociabile particulare fiecărei individualităţi şi fiecărei etape de dezvoltare ca fenomen adaptativ prin care organismul se acomodează pe baza automatismelor neuro-endocrino-umorale, şi biopsihice primare, modificîndu-şi dinamic ciclurile de asimilare şi acomodare informaţională în relaţie cu structurarea ulterioară a vieţii somato-psihice.

Se cuvine să remarcăm un fapt interesant după părerea noastră că din momentul naşterii organismului uman, şi îndeosebi al nou născutului nu are o interfuncţionalitate psihică, decît în măsura în care este realizată de automatismele instaurate pe baza legităţilor dinamice ale programărilor genetice. Reacţiile la stimulii externi, ale nou născutului sînt difuze, de tip tonic şi arhaic antagoniste şi abia la stimulările exteroceptive şi pe baza mielinizării cerebrale, aceste reacţii reflexe îşi pierd caracterul lor tonigen şi tonipriv, care caracterizează pe scară filogenetică fiinţele inferior organizate.

Un alt fapt interesant este că activitatea senzitivo-senzorială şi motorie la nou născut se află în relaţie dinamică ascendentă cu structurile instinctiv-emoţionale alcătuind un tot unitar, pentru ca în momentul cînd se instalează faza afectivă în mod dominant şi subordonează mecanismele endocrine, umorale şi metabolic-moleculare să se constate că de fapt faza afectivă iniţială va deţine un rol particular de important în dezvoltarea trăsăturilor biologice şi de psihism incipient, trăsături pe baza cărora se va baza dezvoltarea aptitudinilor specifice speciei umane. În această fază se elaborează reacţiile adaptate şi respectiv coordonate ale activităţilor biopsihice cu automatismele reflexe arhaice care îşi vor dobîndi orientarea şi direcţia în spaţiu şi durată ca timp de desfăşurare, reglînd intensitatea răspunsurilor şi limitînd-o împotriva fuziunii, realizîndu-se subordonarea tuturor activităţilor şi integrarea lor, „metabolizarea" şi interiorizarea într-un tot unic a reactivităţii înnăscute cu cea dobîndită în mediul nou natural şi psihosocial. În acest proces se modelează inclusiv mecanismele de generalizare şi integrare interfuncţională psiho-neuro-vegetativă-endocrină şi umoral-metabolică-moleculară cu lanţurile lor vitale preferenţiale şi cu dominantele lor funcţionale particulare. Toate aceste transformări duc treptat la cunoaşterea prin acţiunea iniţial pe bază de automatisme şi apoi de reprezentări după care vin sistemele operaţionale şi reversibilitatea lor, ca sinteză integratoare a logicii vieţii cu bogăţiile existenţei naturale şi psihosociale. Logica naturală, logica viului, precede şi se află la bazele logicii raţionale care cuprinde şi presupune inclusiv ceea ce din necunoaştere denumim „logică iraţională". În domeniul viului nu tot ce nu cunoaştem este iraţional. Pe de altă parte între logica vieţii şi logica intelectului s-a aflat în cursul adaptărilor biologice şi a structurii fiinţei umane pînă la nivelul inteligenţei logice afective pe care o purtăm permanent, conştient şi inconştient în structurile întregii noastre fiinţe.

În momentul în care s-au realizat, indiferent la ce nivel al automatismelor biologice sau de psihism elementar, ca şi la nivelul proceselor ce asigură integritatea fenomenelor de „asimilare" sau „acomodare" adaptivă, dezechilibre funcţionale prin acţiunea unor factori negativi sau nocivi de natură fizică, chimică, biologică sau psihoo-socială (cognitiv-informaţională, sau afectiv-emoţională), se va declanşa mecanismul complex de alarmă sau punerea în tensiune a reacţiilor de apărare şi vor declanşa mecanismele complexe de

alarmă sau punere în tensiune a reacţiilor preferenţiale de apărare senzitivo-senzoriale, musculare, vegetative, neuro-endocrino-umorale, manifestîndu-se în raport cu structura stadială a personalităţii ca un „sindrom de dezadaptare" cu semnificaţie negativă pentru organism cu atît mai gravă dacă factori stressanţi au din punctul de vedere al intensităţii, duratei şi semntificaţiei lor, drept consecinţă instalarea unor dominante cu sens adaptativ negativ. În acest proces se vor realiza dizarmonii morfo-funcţionale, care vor angrena întreg sistemul personalităţii de la nivelul conştiinţei de sine şi pînă la nivelul celor mai intime procese molecular-enzimatice.

În cazul în care se moşteneşte o stare somato-psihică fragilă, în condiţii de viaţă negative, copilul devine cu atît mai vulnerabil, iar structurarea somatică şi psihică cu atît mai dizarmonică din punctul de vedere al exigenţelor daptative. Chiar şi în cazul în care un copil vine pe lume cu o zestre ereditară optimală, dar întîlneşte condiţiile de mediu negative (alimentaţie deficitară, mediu social traumatizant, excitanţi de mediu psihosocial stressanţi etc.), toate acestea nu numai că vor suprasolicita şi epuiza substratul morfo-funcţional cerebral, dar vor perturba structurarea armonioasă a reglărilor psiho-neuro-endocrino-umoral-metabolice-musculare şi emergetiv vor avea ca efect o modelare negativă în concordanţă cu solicitările de mediu nocive — a tuturor funcţiilor şi structurilor psihice. În aceste condiţii va fi extrem de greu să anticipăm ce va rezulta din această existentă precoce tragică, ce va duce această zdruncinare la un moment dat existenţial a unui proces. Se spune că natura face rebuturi, dar sîntem îndreptăţiţi — credem noi — să afirmăm că mediul psihosocial neadecvat fabrică de multe ori rebuturi, care în unele cazuri se manifestă cu o mai mare gravitate decît rebuturile naturale. Oamenii cunosc relativ bine acţiunea benefică a unui cuvînt de îmbărbătare adresat unei persoane în suferinţă, specialiştii în corectarea şi tratamentul suferinţelor psihice au elaborat un amplu sistem de metode psihoterapeutice cu efecte benefice de cele mai multe ori neaşteptate, bazate pe acţiunea cuvîntului. Se cunoaşte prin urmare rolul şi valoarea terapeutică a cuvîntului dar nu se cunoaşte sau dacă se spune cîte ceva despre rolul cuvîntului ca factor patogen, este absolut cu totul insuficient ca să nu spunem că acest rol nefast este ignorat de cei mai mulţi oameni.

Pe baza unei experienţe clinice îndelungate ca şi a unor experimentări cu izotopi radioactivi, noi am constatat că un cuvînt cu încărcătură semnificativă stresantă, acţionează în fracţiuni de secundă până nivelul structurilor profunde metabolice moleculare, mobilizînd de la nivel psihic şi punând în tensiune funcţională adaptativă mecanismele vegetative, endocrine şi umoral metabolice pînă la nivelul structurilor fundamentale moleculare ale vieţii. *Acest tip de acţiune cu sens descendent — dinspre structurile psihice spre cele metabolice ale organismului — noi am denumit-o cu termenul de „acţiune imergentivă" în analogie cu mecanismele cu „acţiune emergentivă" (în sens ascendent) de la nivel molecular şi biopsihic pînă la nivelul psihic superior organizat. În sensul celor de mai sus acţiunea cuvîntului asupra somaticului ca şi asupra structurărilor psihice poate să se constituie ca factor patogen sau sanogen de o particulară importanţă prin consecinţele destructurative sau structurative, biopsihice şi psihice ale personalităţii.*

Prin urmare, organizările sistemice ale proceselor adaptative ale substratului material, structural-funcţional al personalităţii şi a mecanismelor sale bio-psihice elementare, ca şi dezvoltarea ulterioară ontogenetică poate creea deci în locul unei armonii morfo-funcţionale, dizarmonii, dezechilibre, sau chiar rebuturi somato-psihice care nu vor permite o funcţionare armonioasă a proceselor de asimilare şi acomodare adaptativă în plan predominant biologic dar şi psihosocial.

b) *În plan psihologic* adaptarea este din ce în ce mai mult considerată, în sensul concepţiei din Jean Piaget, ca un proces dinamic de organizare şi echilibrare mintală prin fenomene de interiorizare subiectivă a „schimburilor dintre subiect şi obiect", al unui echilibru dintre „asimilare şi acomodare" spre care tinde „totalitatea structurilor cognitive începînd cu percepţia, deprinderea şi mecanismele senzorio-motorii" şi pînă la „fenomenele superioare ale gîndirii" procesualitate în care „conduitele afective şi conduitele cognitive sînt mereu reunite în fapt şi nu se caracterizează cît de puţin ca facultăţi independente ; viaţa afectivă şi viaţa cognitivă, sînt deci inseparabile deşi distincte" ele reprezentînd în fond împletirea unică şi inseparabilă a eredităţii biologice cu cea socială, realizată prin activitatea subiectului asupra obiectului.

Un studiu pilot efectuat pe un număr de 113 copii cu dificultăţi instructiv-educative din şcolile municipiului Iaşi,

efectuat de P. Brânzei, M. Gaşpar, M. Şelaru a arătat că determinant în dificultăţile de adaptare la procesul intructiv-educativ au fost reprezentările sever diminuate din partea familiei faţă de copil constatată în 79,3% din cazuri. Această atitudine este alimentată de un climat moral vicios cu relaţii conflictuale frecvente între părinţi (65,9%), deşi aparent, procentul de familii dezorganizate sau în curs de dezorganizare este relativ redus (38,6%). Dintre cauzele care determină şi întreţin conflictele intrafamiliale, autorii menţionează consumul exagerat de alcool (36,3%), neînţelegeri privind îngrijirea copiilor (26,7%), reacţii primitive exagerate (16,3%), insuficienţa condiţiilor materiale (13,1%), compromiterea unuia dintre soţi prin degradarea socială (9,7%), triunghi conjugal (9,2%), alte situaţii familiale negative (18,5%).

Dintre factorii individuali care au fost luaţi în considerare, pe baza analizei individuale s-a remarcat că „mersul nesusţinut" este achiziţionat la termen în proporţie de 79,2%, iar limbajul în 82,6% din cazuri. S-a remarcat faptul că în ce priveşte controlul sfincterian de zi şi de noapte a fost neachiziţionat la termen în 35,8% şi respectiv 31,7% din cazuri, situaţie pe care autorii o pun în cea mai mare măsură pe seama lipsei de securitate afectivă şi într-un grad mai mic pe seama unei maturizări fiziologice.

De remarcat că procesele de edificare a viitoarei personalităţi încep cu nidarea şi cu dezvoltarea intrauterină a copilului ca individ cu modalităţile sale de reactivitate biologică expuse mai sus, dar şi de biopsihism elementar înnăscut, particular speciei homo sapiens. Naşterea reprezintă nu numai desprinderea copilului de mamă din punct de vedere direct biologic dar şi prima formă de manifestare a independenţei relative din punct de vedere biopsihic, de distanţare a viitorului subiect de dependenţele sale relaţionale cu obiectele şi cu alt om de care rămîne dependent în primii ani de viaţă pentru a-şi forma, prin interiorizarea lumii, independenţa sa autentică, prin subiectivarea lumii, a formării lumii sale interioare, a conştiinţei de sine a eului, lume subiectivă interioară necesară adaptării sale ca *subiect* la lumea exterioară naturală şi socială.

De la sincretismul infantil iniţial sub forma legăturii nemijlocite dintre stimul şi reacţie, apoi la etapa de organizare senzorio-motorie, reflexă şi instinctivă pe măsură ce se realizează şi structurarea morfo-funcţională prin mielinizările

cerebrale, contactul cu realitatea şi luarea în stăpînire a realului, se face prin intermediul subiectului pe cale de a deveni o individualitate şi în relaţie cu obiectul cu care se află în comuniune prin propriile acţiuni modulate de nevoile interne şi modelate de mediul socio-familial. Prin acţiune se realizează asimilarea şi acomodarea, crearea acelor verigi mediate între obiect şi subiect. „Diferenţierea progresivă a eului — scrie V. Pavelcu — de non-eu şi stabilitatea crescîndă a înţelesurilor în acest dialog eu-lume se datoreşte pe de o parte, acţiunii ca răspuns la stimulii senzoriali şi, pe de altă parte, asimilării şi folosirii semnalelor verbale. Cunoaşterea şi realizarea din acţiune şi prin mediaţie verbală", ceea ce duce, în plan genetic, la crearea imaginilor şi a imboldurilor, la dezvoltarea lumii interioare, a conştiinţei de sine.

Acest fenomen poate să se desfăşoare numai în prezenţa unui substrat morfo-funcţional dinamic cerebral optimal cu prezenţa simultană a unor condiţii modelator-formative psiho-sociale corespunzătoare fără de care nu se poate realiza nivelul afectiv, raţional, conceptual şi abstract şi volitiv care să permită şi să traducă prin activitate procesul complex de obiectivare-subiectivare. De aceea, aşa cum afirma în acelaşi loc V. Pavelcu : *„Întreaga dezvoltare intelectuală, de la copilărie la maturitate este un proces de simbolizare progresivă a realităţii, o mentalizare a lumii externe, o spiritualizare a materialităţii. Gândim spre a acţiona mai bine, interiorizăm lumea spre a ne exterioriza şi a ne afirma mai sigur".* În acest proces intervine toată zestrea ereditară genetică ca şi ereditatea socio-culturală, iar deficienţele calitative ale uneia sau alteia dintre ele vor permite structurarea armonioasă sau deficitară a sistemului psihic al viitoarei personalităţi. Amintim aici perturbarea mecanismelor genetice, factorii eredoconstituţionali, ca şi acţiunea nocivă a unor factori fizici, toxici, biologici cu acţiune negativă în perioada dezvoltării preintra-şi postnatale, care pot defavoriza dezvoltarea psihică, precum şi factorii de natură psiho-socială, cognitivi şi afectivi, pe care i-am discutat mai sus şi care condiţionează negativ una sau alta din dizarmoniile personalităţii, perturbînd sistemul psihic dinspre nivelele inferioare care perturbă sau fracturează sistemul reglărilor funcţionale superioare, -mediate, raţionale, conceptuale şi abstracte — şi în consens

axiologic în plan comportamental cu normalitatea socială a grupului din care face parte fiecare individualitate.

În același timp, organizarea superioară a sistemului psihic se întrepătrunde și se intercondiționează cu nivelele subjacente somatice, vegetativ-umorale, instinctiv-emoționale primare automatice sau relativ independente, în cadrul căruia se organizează operatorii funcționali ai vieții psihice cu fenomenele de reversibilitate a operațiunilor nu numai în planurile lineare ci și în planurile verticale de însușire și realizare a realului și de stăpînire a funcției realului în concordanța plurivalentă dar unitară afectivă, cognitivă și axiologică.

3. *Adaptarea socială* vizează în fond realizarea naturii umane și a spiritualității umane grație activității, modelării, dezvoltării și cizelării în și prin relațiile sociale modelator-formative a proceselor psihice, a sistemului psihic, al personalității, a unificării sistemice unitare a eredității biologice cu cea psiho-socială. Adaptarea socială exprimă procesul de formare a unității și identității particulare numai omului, personalitatea apărînd simultan ca produs al dezvoltării social-istorice ca și a dezvoltării ontogenetice. Omul se naște ca individ cu particularitățile sale genetic-constituționale și de biopsihism elementar care se individualizează prin acțiunea modelator-formativă a mediului social, și devine individualitate, persoană și personalitate pe măsura realizării de roluri, dezvoltînd conștiința de sine prin desăvîrșirea nivelului afectiv superior, rațional, conceptual și abstract de subiectivare a lumii și de obiectivare prin activitate a subiectivității. În fond, adaptarea socială presupune nu numai dezvoltarea sistemului psihic, ci desăvîrșirea sa prin apariția conștiinței de sine prin subiectivarea amplă și profundă și prin interiorizarea valorilor lumii sociale ca modalități personale de conduită independentă, de cristalizare și maturizare a personalității și ca atare a sistemului psihic în ansamblul structurilor și structurării sale complexe biologice, psihologice și sociale în raport cu scala valorilor și a creației sale de valori materiale și spirituale.

Adaptarea socială este însă un proces complex și contradictoriu care realizează umanizarea structurilor somatice și biopsihice cu care venim pe lume prin procesele active de asimilare și acomodare la exigențele de mediu natural și psiho-social, de dezvoltare a proceselor psihice ideo-afective individuale, de la formele lor difuze și sincretice din primii ani de viață și de maturizare cerebrală pînă la adolescență cînd ating maxi-

mum de acuitate prin transformarea calitativă a conduitelor ludice în structuri dinamice noi ale activității psihice față de ansamblul grupului social care-l include și pe care-l include subiectivîndu-se prin obiectivare activă și independentă pe baza realizării conștiinței de sine, iar prin rolurile pe care le îndeplinește se îndepărtează de oameni creîndu-și independența personală pentru a-i cunoaște mai bine și spre a se apropia de ei mai strîns și în consens optimal existențial.

Referindu-se la acest aspect al organizării sistemului psihic al personalității, V. Pavelcu se întreba : „*Cum este posibilă detașarea și distanțarea intelectuală odată cu atașarea și apropierea emoțională, afectivă ? Ne aflăm — în fața unui paradox : ne detașăm de oameni spre a-i cunoaște mai bine și-i obiectivăm spre a ne apropia de ei. Cum se face legătura între obiectivare, maturizare intelectuală și subiectualizare, maturizare afectivă, axiologică și morală ? Înțelegerea altuia traduce capacitatea de a ne transpune în sufletul lui, de a-l privi prin prizma propriei sale conștiințe. Dezvoltarea psihică, este un proces de participare la interesele și aspirațiile altora, la idealurile societății. Aceasta nu înseamnă nici fuziune, nici identificare ; a înțelege suferința altuia nu înseamnă a plînge și a ne lamenta alături de el. Este vorba de a păstra distanța intelectuală , conștiința de sine asociată cu trăirea cît mai apropiată de a subiectului respectiv, „ca și cum“ ne-am afla în locul lui.*

Structurarea lumii interioare pe plan mintal și simbolic asigură anticiparea acțiunii și luarea de decizii cît mai judicioase în cadrul probabilistic al reușitelor posibile. Se înțelege de ce o educație cu norme prea rigide și într-un sistem inflexibil de sancțiuni și recompense limitează potențele creative ale copilului. Fiecare etapă presupune un grad adecvat de suplețe ; de la dresaj, la independență și libertate creativă...

Calea spre independență, maturizare și socializare trece prin joc și identificarea imaginară spre participare, cooperare și apropiere afectivă. Maturizarea intelectuală a folosirii cît mai eficiente a mijloacelor spre realizarea unui scop trebuie asociată cît mai strîns cu maturizarea afectivă, subiectivarea lumii, cu integrarea acesteia în sistemul de valori personale“ (subl. ns. — M. Ș.).

În contextul celor de mai sus cunoașterea psihologiei vîrstelor, ilikipsihologia, a proceselor de socializare, subliniază

de asemenea influența negativă pe care o poate exercita neînțelegerea tendințelor și motivațiilor conflictuale ale stadialității infantilo-juvenile de dezvoltare a personalității ca factor generator de demodulări dezadaptive aberante, care invalidează personalitatea prin fenomenele inadaptative sau dezadaptative prin mediul social viciat.

Pe de altă parte fenomenul de adaptare socială poate fi perturbat prin structurarea socială generală deficitară sau patologică generată de sărăcia materială, de atmosfera socială tensionată, de anulare a personalității sau dimpotrivă, dezadaptarea socială să vină din condițiile deficitare de microgrup familial, instructiv-educativ sau socio-profesional. În același timp, adaptarea socială poate fi perturbată de o ereditate biologică de infrastructură moștenită sau cîștigată în primii ani de viață, fenomene care nu permit o structurare armonioasă a sistemului psihic și elaborarea și maturizarea corespunzătoare a conștiinei de sine, împiedică dezvoltarea intelectuală și afectivă, capabilă să integreze în sistemul personalității, sistemul de valori al societății.

În ansamblul unitar dar particular pe care-l reprezintă personalitatea, adaptarea prin asimilare și acomodare este în mod simultan și interdependent biologică, psihologică și socială, la fel ca și fenomenele dezadaptative, din aceasta decurgînd dificultățile de a diferenția normalul de anormal, dar și modalitățile externe diverse și strict individuale de exprimare a dizarmoniilor și aberațiilor comportamentale prin acțiunea nocivă sau nefavorabilă a unor factori de mediu bio-psiho-social care acționează și sînt integrați în mod diferențiat de fiecare individualitate în funcție de intensitatea, durata și semnificația acestora și de capacitatea de răspuns simultan a mecanismelor psiho-neuro-endocrine-umorale pe care le mobilizează ca răspuns personalitatea.

În ansamblul considerațiilor de mai sus ni se pare că nu se poate separa chiar atît de ușor o reacție psihică de o reacția somatică în condiții stressante, sau, de exemplu, nu este ușor să separăm în mod absolut etiologia endogenă de cea exogenă, endo-exogenă sau de natură psiho-socială. Aceste considerații nu se referă numai la condițiile clinice etiologice, dar și la modalitățile terapeutic-evolutive de inserție și reinserție socială.

Condiționările patogene care intervin în stările predominant psihogene depind nu numai de biografia fiecărei perso-

nalităţi, influenţînd dezvoltările anormale prin perioadele critice ale personalităţii, de nivelul calitativ al evoluţiei sale stadiale, de condiţiile particulare ale mediului psiho-social care topindu-se toate prin sumare pot face ca o „criză sufletească" să transforme şi să remanieze atît de profund personalitatea încît simptomatologia reactivă să nu mai posede particularităţile sale predominant psihogene şi să-şi însuşească valenţele unei adevărate personalităţi aberante, ceea ce creează atît de bine cunoscutele dificultăţi clinice în etichetarea corectă din punct de vedere etiologic şi de multe ori cu rezultate regretabile pentru medic sau funeste pentru bolnav, în cazul în care nu se ţine cont de toate variantele posibile.

Pe de altă parte, ceea ce este fragil predominant endogen şi anormal din punctul de vedere al biologiei, se manifestă în domeniul patologiei psihice cu atît mai nespecific, cu cît funcţia psihică este mai evoluată, ceea ce face ca mecanismele de supra-compensare, subcompensare sau de reechilibrare în limite largi să nu se manifeste ca reacţii sau dezvoltări anormale care apar de obicei cu caracter episodic şi cu perioade sau intervale mai mult sau mai puţin lungi de echilibru, aşa cum se întîmplă în cazul perturbării unor sisteme funcţionale care nu se transformă decît excepţional într-o evoluţie procesuală care se bazează pe defecte permanente. În aceste cazuri este poate mai curînd vorba de o simptomatologie funcţională de faţadă care acoperă ca o cortină ceea ce dramatismul vieţii organice a pus în scenă, dar a cărei desfăşurare este precedată de un prolog în contradicţie cu conţinutul real al dramei individuale, dar eventual şi în contradicţie flagrantă cu epilogul pe care ni-l poate pregăti cu subtilitate disimulată evoluţia bolii organice.

Manifestările psihopatologice, cu extrema lor bogăţie şi diversitate, se află în raport cu determinările etio-patogenice, în situaţia precară şi prin aceasta destul de critică, de a nu găsi punţile de legătură între etiopatogenia organică şi manifestarea psihică de faţadă şi aceasta pentru că nu toate sistemele şi subsistemele aparatului personalităţii au aceeaşi rezonanţă în simptomatologia psihopatologică. Pe de altă parte este de înţeles că personalitatea aduce prin sistemele sale psihice superioare de autoreglare un plus extraordinar care complică şi mai mult manifestarea organicului distilîndu-l prin mecanismele psihologiei individuale în o cu totul altă esenţă care pune frîu manifestărilor automatice organice şi cenzurează exprimările bio-psihice de infrastructură. Dacă avem de

asemenea în vedere determinarea bio-psiho-socială a personalității, atunci etiopatogeneza bolilor psihice, a anomaliilor și dezvoltărilor psihice nu se poate aborda cu criteriile de etiopatogeneză cu care operează medicina generală clasică, cauză din punct de vedere etiopatogenic în domeniul psihiatriei, și nu numai, însemnînd o sumare constelativă indisociabilă și ireductibilă de factori negativi biologici, psihologici și sociali care perturbă funcționalitatea sau mecanismele morfo-funcționale ale barierelor adaptative umane și în care constelație sumativă de factori se evidențiază un factor predominant care deține rolul șefului de orchestră și care nu-și poate realiza rolul decît în prezența concertată a tuturor celorlalți factori care acționează gravitînd în jurul factorului predominant (biologic sau psiho-social), împiedicîndu-l să se manifeste ca factor etiopatogenic unic. De aceea, simptomatologia psihică, atît sub aspectul dezadaptărilor ca și ai compensărilor se studiază și se rezolvă clinic în practică în dependențele lor concomitente de corporal, spiritual și social, sub aspectul participării lor diferențiate și a semnificațiilor lor particulare.

Ceea ce se cuvine să reținem, este că deși pînă în prezent nu avem o specificitate de expresii somatice în planul manifestărilor psihice dar nici una specifică din plan psihic în cel somatic, neîndoielnic rămîne faptul că influența psihicului asupra somaticului, și invers cea a somaticului asupra psihicului, și, cu toată nespecificitatea lor fenomenologică, rămîne o realitate indubitabilă de care trebuie să se țină cont cu o deosebită atenție ca și de faptul că medierea dintre psihic și corp o realizează sistemul bio-psihic elementar a cărui simptomatologie va domina tabloul psihic al reacțiilor și dezvoltărilor anormale în cazul acțiunii unor factori de natură predominant exogenă, endogenă și psihogenă. În asemenea situații considerăm că între corp și bioreglările elementare puntea de legătură o realizează sistemul reglărilor organo-vegetative cu semnificație particulară ca modalitate de a reacționa asupra etajelor superioare ale personalității în mod diferențiat în psihopatii față de nevroze.

Așa cum subliniază Hans Binder, anomaliile sînt modificări graduale, iar în ce privește viața psihică, chiar dacă există unele fisuri, sau inadvertențe, nu este complet neluminată, și chiar dacă integritatea ei globală nu este perfectă niciodată, ajungîndu-se uneori la dezintegrări, va trebui să recunoaștem că acestea sînt specifice atît psihopatiilor cît și psihogeniilor

care se manifestă printr-o lipsă de ierarhie interioară, o lipsă de echilibru comportamental.

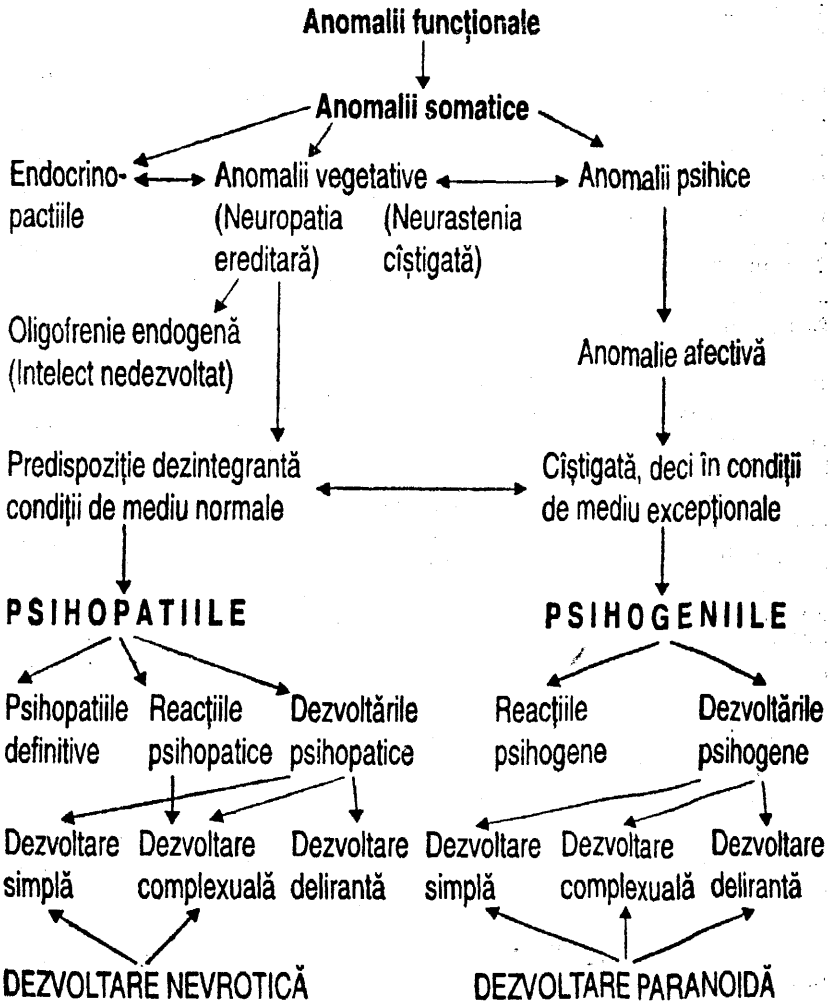
Așa cum spune K. Schneider „*o reacție la un eveniment trăit*, este în mod clar motivată : *răspunsul afectiv la acest eveniment*. Sentimentele care traduc atitudinea, reacția la evenimentul trăit, iau totdeauna în mod direct forma unei *tendințe sau rezistențe* din care va decurge în consecință *acțiunea sau non-acțiune*". Această tendință și această acțiune, această rezistență și această abținere fac de asemenea parte din reacție. Acolo unde *raționea* intervine pe primul plan pentru a defini o situație și a-i face față, nu există pentru noi o reacție la evenimentul trăit, spune K. Schneider.

În orice reacție, rezultat al unei acțiuni imergentive, psiho-neuro-endocrino-umoral-metabolică și moleculară, trebuie să deosebim o continuitate de ansamblu a vieții psihice funcțional perturbată, pe cînd în cazul bolii are loc o întrerupere, o fractură a continuității, o deplasare a elementelor ideo-afective în ansamblul lor, sau, dimpotrivă o profundă dezintegrare sau disociere.

Este însă important de subliniat că în crizele sufletești de o intensitate și semnificație vitală, adică atunci cînd sînt puse în joc toate forțele vieții pentru a transcede pericolul morții, nu apar decît în mod excepțional, stări nevrotice, dar pot apare tulburări psiho-neuronegative-umorale și metabolice moleculare a căror cauză nu este neglijată. Deși nevroza are în subsolul manifestărilor sale psihopatologice, teama de moarte, apare aproape paradoxal faptul pentru unii psihiatri că, în fața morții, a pericolului ei iminent, dispare totuși nevroza. Nevroza și în particular isteria poate apare ca un efect tardiv al traumelor excepționale trăite și aceasta după o perioadă de incubare a bolnavilor psihotraumatizanți, după instalarea epuizării fenomenelor morfo-funcționale cerebrale consumate în cursul stărilor de maximă încordare psihică și autoîntreținute prin imaginile mentale și limbajul interior, fenomene care atîta timp cît pericolul vital persistă, simptomatologia nevrotică nu se instalează. În fața pericolului nu se poate reacționa decît fie după tipare preformate, fie că este pusă în joc inteligența și atunci chiar alegerea reacției este relativă.

Se impune de asemenea, a sublinia în cazul acestor reacții predominanța reacțiilor afectiv-negative și a componentelor subjacente endocrino-umorale în raport cu complexul unitar ideo-afectiv al sistemului psihic care va fi influențat secundar emergentiv dinspre structurile profunde cenestezice spre cele

superioare. De aceea, nouă ni se pare util a împrumuta după Hans Binder modelul anomaliilor funcţionale care ne oferă un punct de sprijin schematic-explicativ asupra implicaţiilor numeroase pe care le presupune acest subcapitol al psihiatriei consacrat psihopatiilor de care ne ocupăm în prezenta expunere :



Hans Binder accentuiază asupra faptului că : „În cazul dezintegrării care survine la anomaliile funcţionale, nu se ajunge niciodată la disocieri mari ale funcţiilor psihice, motiv pentru care nu iau naştere niciodată simptome calitative. Deşi cooperarea părţilor integrate este deranjată, nu se merge pînă la o disociere a părţilor". Fireşte că diferenţierea între anomaliile *somatice* şi *psihice* este foarte greu de făcut, chiar dacă ne ghidăm după principiul psihosomatic al lui Kurt Schneider.

De altfel, problematica relaţiilor corp-suflet nu ne aparţine dar n-o considerăm ca fiind una de preocupare pur filozofică ; pe noi ne interesează numai în ce măsură în unele anomalii funcţionale *precumpăneşte* factorul somatic, în altele cel mintal şi aceasta în relaţie cu păstrarea capacităţii gîndirii de a stăpîni sentimentul. În corelaţia dintre somatic şi mintal, totul se petrece ca într-o partitură muzicală (Von Monakov) unde cînd o voce, cea a gîndirii, cînd cealaltă a sentimentului, are rol conducător fie în sens emergentiv, fie în sens imergentiv.

Jaspers a stabilit criteriile de ordin psihologic pentru a putea afirma o reacţie la evenimentul trăit :

1. starea reacţională nu se produce fără evenimentul cauzal care determină reacţia ideo-afectivă cu dominante selective ;

2. conţinutul, tema stării reacţionale rămîn în relaţie comprehensibilă cu cauza sa ; prin urmare gîndirea domină perturbările din subsolurile afectivităţii şi instinctelor ;

3. în evoluţia sa temporală, starea reacţională depinde de cauza sa, în particular, ea încetează cînd cauza dispare, adică atunci cînd procesele psihice superioare pun zăgaz şi anulează forţele subiacente.

Primul criteriu este evident de la sine şi traduce în termeni generali cauzalitatea fenomenelor psihice, natura lor psihogenă predominantă. Al doilea criteriu, spune K. Schneider, nu este atît de general deoarece, de exemplu, după o catastrofă în cazul cînd se dezvoltă o stare crepusculară cu euforie este evident că structura conţinutului ideatoriu nu apare din punct de vedere cauzal, catastrofal alterată.

Cu privire la cel de al doilea criteriu, spune K. Schneider : „Este adevărat că acest criteriu valorează în cea mai mare parte a cazurilor şi constituie o indicaţie foarte importantă pentru a stabili dacă e vorba de o reacţie la eveni-

mentul trăit. După o depresie există un *după*, un oarecare eveniment, dar dacă aceasta nu formează conținutul, tema distimiei, se va putea aproape totdeauna exclude o stare reacțională... Acest criteriu nu poate fi inversat ; în fond nu se poate aproape niciodată vorbi de o reacție la un eveniment trăit dacă starea psihică nu are un eveniment determinant drept conținut, există totuși destule psihoze care au ca temă un eveniment determinant, dar care n-a fost cauza lor", ci doar a favorizat un substrat perturbat anterior și deci incompehensibil.

Al treilea criteriu nu are nici el o valoare absolută, deoarece o reacție nu se dezvoltă paralel cu circumstanțele cauzale. Nu totdeauna se reacționează la fel la aducerea aminte a unui eveniment, deoarece timpul și îndeosebi gîndirea și sentimentul introduc un element de discriminare noțională, și modifică din intensitate ca și din semnificația patogenă a evenimentului stresant trăit. În plus, spune K. Schneider, o experiență dureroasă provoacă în mod intermitent suferințe. „În asemenea cazuri noi vorbim de reacții *temporare* (intermitente) la evenimentul trăit" (K. Schneider).

P. B. Ganuskin arată că dereglările constituționale sufletești, pot apare în evoluția unei persoane consecutiv unor cauze exterioare, a unor traume afective etc., și că aceste dereglări reactive pot apare prin acumularea treptată a unor excitați nesemnificativi conflictogeni și să determine o evoluție patologică a întregii vieți raționale a unor personalități psihopatice, sau dimpotrivă, sub influența unor factori stresanți puternici să se producă o reacție acută și de scurtă durată a conștiinței, fie o a treia eventualitate în care reacția este de tipul unei psihoze cu o evoluție mai îndelungată și care să aibă ca factor declanșator un șoc afectiv. Toate acestea sînt denumite de autor *reacții psihogene sau stări reactive*. La baza acestor manifestări clinice de mai sus în opinia lui Ganuskin stau atît reflexele necondiționate ca și cele condiționate, procesele de excitație, inhibiție etc., care eliberează structuri morfofuncționale și modalități de reacție pînă atunci latente, sau sînt eliberate funcțional automatismele primitive, controlate în condiții normale. Un alt mecanism al fenomenelor reactive constă în aceea că are loc în condiții psihoconflictuale o subminare neașteptată a fenomenelor interfuncționale asociative intrapsihice care păreau pînă atunci bine și solid structurate.

Delimitarea dintre reacția normală și patologică este realizată în opinia lui P. B. Ganuskin dacă se acceptă teza stabilită de K. Jaspers după care majoritatea reacțiilor psihogene au ca trăsătură comună și specifică *criteriul comprehensibilității (a inteligibilității)* în sensul probabilității de a explica reacția drept consecință a trăirii patogene care a determinat-o și în al doilea rînd din punctul de vedere al prezenței unui sens și scop determinat, în formele sale în care el se manifestă.

P. B. Ganuskin descrie formele psihotice, ale ieșirii din realitate, în cazurile de șoc afectiv și descrie, de asemenea, reacțiile epileptoide, reacțiile cicloide, și evoluțiile patologice consecutive mari psihotraume îndelungate, evoluție care constă într-o schimbare constantă a personalității lor care nu are nimic cu procesul. Ca forme de evluție patologică autorul descrie următoarele tipuri de evoluție : astenică, obsesivă, impulsivă, paranoidă, aberațiile sexuale și tipurile constituționale schizoide de evoluție.

Reluînd schema de mai sus a lui H. Binder și urmărind argumentarea elementelor cuprinse în ea, vom face de la început observația că autorul separă anomaliile psihice de anomaliile somatice lipsind în acest mod manifestarea psihică de corelatele sale neuro-endocrino-vegetative și de care este legată în primul rînd afectivitatea strîns legată de ele și mediind relația sistem nervos-viață vegetativă. În al doilea rînd, vom observa că, leagă oligofrenia endogenă numai de funcțiile de cunoaștere, deși perturbările în reacții sînt și la nivelul afectivității, chiar dacă la oligofreni manifestările afective au un caracter mai puțin elaborat iar procesele afective superioare fiind, în funcție de forma clinică a oligofreniei mai puțin sau deficitar dezvoltate, însăși reacția are un caracter mai primar și mai apropiat de emoție decît de sentiment.

Un element esențial care necesită a fi subliniat în mod deosebit este următorul : în schema de mai sus se pune accentul deosebit pe latura afectivă în procesele de reacție sau dezvoltare și pe bună dreptate, deoarece afectivitatea este cea care ne evidențiază și prin care se exprimă atitudinea de substrat a persoanei față de evenimentul trăit și față de care se reacționează pe planul acțiunii. Dar afectivitatea și realizarea ei în acțiune sînt doar aspectele fenomenologice prin care se exprimă ceea ce este mai profund și esențial, structura bazală bio-psihică, structura temperamentală cu capacitatea de a reacționa a proceselor cerebrale de excitație

și inhibiție în dinamica, intensitatea și echilibrul lor. De aceea, noi considerăm că *„în reacție intră" toată personalitatea cu fondul său psihic fundamental, constituțional, dar și cu echipamentul său funcțional psiho-neuro-endocrino-umoral la un moment dat, precum și structurile psihice superioare, toate condiționate de starea de echilibru sau nu a excitanților și ale semnificațiilor individuale în condițiile existențiale de natură bio-psiho-socială. Afectivitatea în acest caz este cea care dă coloratură specifică reacției de forță, mobilitate, inerție sau echilibru proceselor temperamentale. Nu trebuie să uităm că în aceste reacții participă, chiar dacă nu apare evident și pe prim plan, de asemenea, elementul ideativ, rațional, cognitiv, fapt care și este considerat, dar neafirmat de către autor din moment ce admite și ne explică ceea ce Binder desemnează în schema sa cu termenul de dezvoltare paranoidă, această formă de dezvoltare implicînd trăsăturile afective, psihopatice și schizotime cu componenta lor de idee prevalentă.*

Cu aceste rezerve formulate vom urmări modul cum argumentează H. Binder schema sa, pe care am adoptat-o pentru motivul că ne oferă totuși un material intuitiv, care face mai ușoară expunerea unui subiect destul de arid fie și dacă ne rezumăm numai la aspectul său teoretic cu corelările clinice practice care se impun în mod necesar.

Cu privire la anomaliile endocrine autorul le consideră pe acelea care sînt reprezentate prin modificări ale dezechilibrului endocrin funcțional, adică fără modificări anatomice glandulare determinate psihogen, considerat în momentul sau imediat acțiunii factorului psihotraumatizant.

Anomaliile funcționale vegetative sînt considerate drept acele perturbări ale echilibrului armonic dintre componentele sistemului nervos-vegetativ și ale releelor sale de la nivelul trunchiului cerebral, cu reflectare asupra funcționalității organelor și aparatelor întregului organism, ceea ce determină atît de cunoscuta formulă, slab determinată etiologic și prea extinsă noțional, așa-numita *distonie vegetativă.*

„În cazul cînd avem de-a face cu o dezintegrare determinată de o predispoziție somatică anormală la nivelul funcțiunii trunchiului cerebral, vorbim despre o neuropatie. Că este vorba de o predispoziție somatică aproape pură, în aceste cazuri, o demonstrează și faptul că distonii vegetative au fost observate și la noii născuți, unde cauzele cîștigate nu pot juca nici un rol" (H. Binder), cu singura condiție, ca ex-

citanții de mediu să nu fi fost de lungă durată, deosebit de intensi, condiții în care poate fi zdruncinată însăși structura cerebrală.

Dacă anomalia vegetativă intervine tardiv și ereditatea nu mai poate fi încriminată în mod cert, atunci vorbim de *neurastenie*. În opinia lui Binder, neurastenia ar fi un tip de distonie neurovegetativă. În asemenea cazuri este vorba de influențele toxice asupra centrilor respectivi prin acumularea unor produse metabolice, prin oboseală, toxice (alcool, CO), produse bacteriene (neurastenie post-infecțioasă), hormonale (hiperadrenalinemie prin stresuri), sau traumatisme (neurastenie post-traumtică). *„Esențial este că neurastenia are o etiologie somatică.* Această afirmație rămîne valabilă și atunci cînd intervin factori psihogeni secundari, cum ar fi mînia, iritabilitatea, regretele, etc., care nu fac altceva decît să accentueze dereglajul organo-vegetativ" (H. Binder).

Este destul de dificil să formulăm raționamente atît de tranșante și să atribuim termenului de distonie neurovegetativă denumirea de neuropatie atunci cînd este o suferință cerebrală a trunchiului cerebral, și totodată să considerăm distonia neurovegetativă tardivă ca sinonim pentru *neurastenie* — în etiologia căreia H. Binder include factori polietiologici, inclusiv pe cei cu efecte lezionale, cum ar fi cazul neurasteniei posttraumatice. În altă ordine de idei dereglările vegetative, respectiv distonia vegetativă prezentă și în cazul neurasteniei, este, de asemenea, cu mult mai accentuată în nevrozele obsesionale, fobice, ipohondiace, în reacțiile de panică, nevroze în care factorii ereditari sau constituționali au o importantă participare etiologică.

Teoria asupra intoxicației centrilor cerebrali nu este nouă și nu aparține lui H. Binder în exclusivitate. Pierre Janet vorbind de etiopatogenia psihasteniei admitea epuizarea stubstratului cerebral. În acest sens, după P. Janet, scăderea forței și tensiunii psihologice, marele psiholog francez le înțelegea ca rezultînd din epuizarea forțelor fiziologice ale organismului, neurastenia considerînd-o ca un dezechilibru parțial în care anumite funcții sînt mult diminuate datorită psiholepsiei, consecință a vulnerabilității centrilor nervoși. Așa cum vedem, fie că neurastenia, sau alte nevroze apar, ele sînt expresia totuși a unei etiologii somatice după cum rezultă din cele de mai sus și nu rezultatul unei fragilități de substrat

vulnerabil pe care-l zdruncină şi mai mult factorii psihotraumatici.

Anamoliile psihice autorul le consideră pe acele "... maladii care sînt determinate de o cauzalitate psihică unitară şi care sînt numai variaţiuni cantitative ale vieţii psihice mentale normale". Sfera la care se referă aceste anomalii psihice este aceea care priveşte dezintegrarea emoţională şi impulsivă a persoanei. Dar în orice comportament trebuie să distingem determinarea sa ereditară, deci ceea ce este dobîndit, de ceea ce este cîştigat prin influenţa şi jocul condiţiilor de mediu. Dar predispoziţia ereditară pentru una sau alta din modalităţile comportamentale deşi este certă dar greu de evidenţiat — reprezintă nu numai un factor de vulnerabilitate ca valoare negativă potenţială — care nu devine actual şi nu se realizează decît prin intervenţia la diverse nivele şi în grade diferite ca intensitate a unei mulţimi — uneori mai reduse, alteori mai extinse de factori declanşatori. Aşa cum spuneam însă mai sus, reacţia se realizează nu numai la nivelul instanţelor afective, chiar dacă au un rol de manifestare predominantă — ci la nivelul întregii personalităţii şi atunci intervine capacitatea de compensare sau hipercompensare prin intervenţia gîndirii ca forţă de echilibrare în faţa unui eveniment dificil de mediu, sau din contra, în cazul unor condiţii insuportabile pentru organism şi care-i depăşesc capacităţile adaptative, atunci trăsăturile de dezechilibru în care domină emoţia—şoc devin manifeste, se exprimă asupra întregii personalităţi, deci la nivelul tuturor instanţelor personalităţii în unele cazuri determinînd „ieşirea din realitate", fapt ce a determinat pe Von Bayer să numească aceste personalităţi ca *„structuri tarate"*, Luxemburger — *„oameni ai extremelor"*, Ridel — *„predispoziţii bizare"*, Heinze — *„persoane aparte"*, iar H. Binder folosind un termen al lui Kahn, le denumeşte *„normali discordanţi"* spre deosebire de normalii concordanţi care fiind echilibraţi, nu au nevoie să utilizeze intens mecanismele de compensare.

Factorii mediului înconjurător acţionează modificînd echilibrul afectiv — deci cu rol de factori psiho-traumatici decampensatori — fie printr-o „pregătire" îndelungată, fie brusc — sub formă de şoc în condiţii excepţionale, neobişnuite şi atunci pot apare inclusiv reacţii psihogene. În asemenea situaţii rolul precumpănitor revine condiţiilor interne dar desigur şi unei fragilităţi sau vulnerabilităţi care va epuiza mai

facil substratul reactant, determinînd dereglări, dezechilibre sau dezintegrări pînă la stupoare afectivă, reacții impulsive primitive de scurt-circuitare mintală sau, dacă acțiunea este mai îndelungată și în funcție de particularitățile personalității, de reactivitate a substratului morfo-funcțional dinamic cerebral, se pot instala și elabora structurări de natură delirantă. Predispoziția, fragilitatea vulnerabilitatea personalității vine aici neîndoielnic în discuție.

H. Binder împarte anomaliile afective în două mari categorii : *psihopatiile* și *psihogeniile* în care tulburările de integrare afectivă sînt determinate respectiv ereditar în mod predominant în cazul psihopatiilor și dobîndite prin condiții de mediu excepționale în nevroze și care prin structura lor își exercită acțiunea psihotraumatizantă și psihopatoplastică tot pe un teren fragil în care însă factorul ereditar are un rol neîndoielnic dar nu atît de important și cu o vulnerabilitate evidentă, ca predispoziție în cazul psihopatiilor.

Nu se neagă deci rolul condițiilor de mediu în patoplastica psihopatiilor, dar esențial este că mediul „... influențează bagajul ereditar numai prin intermediul excitanților obișnuiți, de toate zilele. Desigur că este prea simplificat să se spună că psihopatia este ereditară și atîta tot ; este mai corect să spunem împreună cu Birnbaum că *la psihopatie predispoziția ereditară dezintegrantă constituie momentul patogenetic,* iar condițiile de mediu sînt numai factorul patoplastic care modelează într-un anumit fel, este adevărat foarte specific, tabloul clinic al psihopatiei" (H. Binder). Deci și în psihopatie și în nevroze, vulnerabilitatea sau fragilitatea ereditară este prezentă, însă în psihopatie pare a fi mai extinsă și mai sensibilă la acțiunea unor factori exogeni negativi, dar obișnuiți, comparativ cu nevrozele. În personalitatea normală, echilibrată (sau concordanță în termenii lui H. Binder), factorii de mediu au o mică influență nocivă deoarece sistemele tampon care asigură echilibrul reacțiilor psihice acționează rapid și eficient adaptînd organismul la mediu în mod armonios chiar dacă în cursul efectuării reacției adaptative a apărut vreo fisură. De aceea, va trebui să admitem că la persoanele care fac reacții psihogenetice există totdeauna un *punct de minorae resistentiae,* pe baza căruia personalitatea se va decompensa. În asemenea cazuri mediul este factorul patogenic, personalitatea care face psihogenia, factorul patoplastic — iar forma sindromului clinic va depinde de trăsăturile pre-

morbide temperamental-caracteriale și ideo-afective ale acestei personalități.

De multe ori factorul patoplastic poate deveni o trăsătură dobîndită în viață care a modificat modalitățile de reacție ale organismului, cum ar fi alcoolismul, bolile infecțioase, endocrine, tulburări vegetative, traumatismele etc. Bazîndu-se pe acestea o serie de autori printre care Repond, Karpman și alții au atribuit în exclusivitate condițiilor de mediu exterior importanță promoridală în determinismul anomaliilor afective. Dar, așa cum pe bună dreptate subliniază H. Binder : „Desigur că oricărui psihoterapeut îi va conveni să acorde (din motive de optimism, de perspectivă), un rol precumpănitor și absolut factorilor de mediu, mai ales social. Dar de aici și pînă la a nega ereditatea mai este foarte mult".

O serie de psihoterapeuți aparținînd psihologiei de orientare psihanalitică precum ar fi J. H. Schultz, Speer, Hanke, au constatat că la unii bolnavi plasticitatea lor psihoterapeutică este extrem de redusă sau nulă din cauza unor anomalii cu un profund suport ereditar. Aceste cazuri a căror cerbicie nu poate fi înfrîntă prin metode psihoterapeutice desigur că aparțin psihopatiei — conchide H. Binder.

Referindu-se la caracteristicile psihopatiei, același autor scrie : „Starea psihopatică este acea manifestare de comportament care este mai mult sau mai puțin independentă de factorii de mediu sau mai bine zis, acea persoană care plasată într-un mediu favorabil își arată în cel mai scurt timp anomaliile de comportare. Analizați clinic, acești bolnavi au anumiți „radicali" care se metamorfozează în diverse situații, dar care sînt expresia aceluiași mod de inadaptare în sine. Ei nu sînt decît o oscilare continuă a unei trăsături normale, oscilare în plus sau în minus. Acești radicali sînt tulburări formale ale uneia din laturile persoanei, care nu se modifică în ce privește conținutul, dar care variază extraordinar în funcție de intensitate ; avem astfel mari oscilații afective, instinctive, impulsive etc. *Acești radicali anormali sînt fenomene primare* (subl. ns. M.Ș.), care nu pot fi deduse cu nici un fel de metodă, nici chiar psihanalitică din alte componente mintale (Kurtz, Schneider, Schroeder, Heinze, Eyesch, Binder). Acești radicali formează firul roșu existențial al psihopatului, care se vede și apare în orice situație de mediu, indiferent că apariția lui ar face bine sau rău individului. În general, psihopatia se caracterizează printr-o anumită rigiditate în timp, care poate fi observată ca o permanență din copilărie pînă

la bătrînețe, pentru că psihopat însaemnă în primul rînd omul care nu învață nici din propria sa experiență și care acționează absolut identic în orice situație ar fi pus. Toate greșelile care s-au făcut în istoria psihiatriei în jurul conceptului de psihopatie au fost cauzate de exagerarea acestei laturi rigide, permanente a psihopatiei. Să nu uităm că și individul presupus normal are o anumită permanență în felul de a reacționa (Grühle, Ewald, Claus), a arătat că totuși, și psihopatul are anumite variații de-a lungul existenței care nu sînt determinate de factori psihotraumatizanți, dar care sînt foarte probabil expresia modelatoare a vîrstei, mai ales dincolo de 50 ani. De altfel și forța endogenă a eredității se poate actualiza (în unele din trăsăturile ei) și mai tardiv, astfel că multe oscilații ale psihopaților pot fi determinate și endogen. Și psihologia a arătat că de vreme ce psihopatul are și comportamente intacte, se pot obține rezultate care să dezmintă așa-zisa rigiditate permanentă a psihopatului. *Trebuie să subliniem încă o dată că expresia de psihopatie permanentă este numai relativă și ea nu exclude un anumit fel de optimism psihoterapeutic*" (subl. ns. — M.Ș.).

Ne-am permis un citat atît de întins din Hans Binder deoarece în liniile sale generale concepția psihiatrului german ca și concepția lui Hoff corespunde cu concepția clinică ieșeană, după care psihopatia este : „Personalitatea dizarmonică cu funcțiile de cunoaștere bine dezvoltate și anormalități caracteriale (agravate în condiții negative de mediu) caracterizate prin pervertirea sau agenezia sentimentelor moral-sociale, egofilie și psihoplasticitate morbidă". (P. Brânzei, 1962).

Spre deosebire de K. Schneider care definește reacția la un eveniment trăit ca „răspunsul afectiv la acest eveniment", Binder cnosideră reacția psihică anormală ca „răspunsul global la o situație psihotraumatizantă acută din mediu (pierdere, frustrare, refuz, iritare, intimidare) cu evoluție scurtă de la cîteva ore la cîteva luni. Anormalitatea reacției se manifestă prin aceea că ea lasă în urmă un efect disproporționat, o intensitate maximă și o durată în dezacord cu evenimentele". După opinia autorului reacțiile nu lasă de obicei în urma lor sechele.

„*Dezvoltările psihice anormale* se caracterizează în schimb tocmai printr-o foarte dificilă sau imposibilă revenire la normalul de dinaintea situației traumatizante". Ele sînt cauzate de situații psihotraumatizante cronice care determină modificări de tip parabiotic, structurale în dispoziția perso-

nalității, ajungîndu-se la configurări dominante psihice cu moduri de trăire cantitative extreme ce evoluează în timp pe o durată de la cîteva luni la cîțiva ani. Ca și în cadrul reacției anormale și în cazul dezvoltării anormale este o disproporție între valoarea traumei și răspunsul comportamental care devine unilateral, neadecvat, iar revenirea nu se face ad integrum. Popov face deosebirea între psihopatii și stări psihopatice ce apar după traumatisme cerebrale.

În afară de psihopatiile permanente, în literatura occidentală și îndeosebi în psihiatria germană se disting reacții și dezvoltări psihopatice.

Reacțiile psihopatice apar pe un teren psihopatic, ca o modalitate de răspuns afectiv chiar și la factori mai mult sau mai puțin obișnuiți, uneori chiar la cele mai banale întîmplări la care o personalitate optimal structurată reacționează normal, echilibrat, în timp ce la un dizarmonic excitanții minimi de mediu determină reacții de durată, ca urmare a incapacității de autostăpînire și a fragilității forțelor și mecanismelor de echilibrare adaptativă. În cadrul acestor reacții, autostăpînirea și echilibrul nu sînt iremediabil compromise deoarece se observă totuși reveniri la un comportament care deși instabil totuși pare a fi depășit faza critică. Aceste particularități de reacție și de atitudine pun din nou problema terenului, ceea ce impune în mod legic acordarea unei cote parte mai mari dispoziției sau vulnerabilității ereditare în raport cu factorii de mediu.

După Petrilowitsch reacția psihopatică corespunde unui conflict cronicizat, spre deosebire de psihoza reactivă sau reacția nevrotică care corespund unui conflict acut. *Atît psihopatul ereditar cît și cel reactiv sînt greu accesibile psihoterapiei.* Reacția psihopatică ne dă senzația de apariție bruscă, ne surprinde pentru că apare la o persoană anterior aparent normală și este expresia unui anumit fel de a fi al individului și unei anumite optici de a vedea societatea, atitudini ce se manifestă de cele mai multe ori în relația individ — mediu social. Psihopatia reactivă poate apare în următoarele situații, după opinia lui Petrilomitsch :

a) — refugiu în fața sarcinilor prea grele, cu mare responsabilitate ;

b) — conversia situațiilor conflictuale în simptome corporale psihogene ;

c) — resemnări astenice în fața unor sarcini majore ;

d) — retragerea ipocnodrică din fața lumii înconjurătoare în lumea internă a organelor corpului ;

e) — atacul paranoid cverulent.

Reacțiile psihopatice pot suferi transformări ca în psihopatiile autentice : depresiune la anakast, explozivități la paranoid ; meditativul dezvoltă mai repede reacții psihopatice decît primitivul spontan care se descarcă prin reacții violente și care obișnuit nu ajunge la dezvoltări cronice.

Kolle și Petrilowitsch nu sînt de acord în a reduce anumite procese schizofrenice la reacții psihopatice de dezvoltare.

Reacțiile psihopatice prin dizarmoniile lor se întîlnesc frecvent în clinică datorită faptului că acomodarea perfectă, expresie a unui echilibru funcțional intrapsihic optimal, este o varietate psihologică, a omului normal deși este una din cele mai dificile ecihlibrări de realizat din punct de vedere caracterial.

La debutul oricărei reacții psihopatice sau stenice se întîlnește starea de astenie, fără să fie totuși o astenie condiționată temperamental.

„Orice psihopat reactiv și nu numai paranoidul are ca nucleu personal pierderea încrederii interumane în mediul social. Orice reacție psihopatică are și o urmă de trăsătură negativă, o scădere, o retragere din complicațiile relațiilor sociale" scrie Petrilowitsch. Pentru psihopatul reactiv relațiile cu lumea sînt inutile, distorsionate conceptual și aberante comportamental, lipsite de intenții precise sau de efect adaptativ. Psihopații reactivi au dificultăți manifeste de adaptare socială, sînt oameni rigizi, imobili, incapabili să-și moduleze conduita în concordanță cu exigențele valorice sociale.

Nozologia reacțiilor psihopatice cunoaște adesea forme mixte, mai rar forme pur astenice, ipohondriace sau paranoide. Cele mai frecvente sînt sindroamele neurastenice intricate cu instabilitate emotivă și, irascibilitate, care pot să se transforme ușor în ipohondrie. Aceti bolnavi au o incapacitate creatoare profesională, și-și tiranizează familiile, cerînd totul și nefăcînd nimic. Activitatea etxerioară susținută, ipohondriacul o înlocuiește cu analiza permanentă a propriului corp, sănătatea sa devenind scop în sine. Ajuns în acest punct, bolnavul poate trece fie spre ipocondrie, fie spre reacție paranoidă. El este permanent revendicativ.

În ceea ce privește *dezvoltările psihopatice*, revenirea la starea anterioară nu se mai realizează sau în cel mai bun

caz crează un „echilibru" extrem de fragil, vulnerabil și labil, predispus permanent la recidive și care duce la o înrăutățire graduală a manifestărilor aberante. „Psihopații senzitivi, isterici, fanatici, au chiar predispoziția să caute cu lumînarea, în orice mediu ar fi, acei excitanți care le corespund și față de care pot să-și manifeste cu entuziasm reacțiile patologice. Mai mult chiar acești psihopați au capacitatea sugestivă să transforme și să modeleze un mediu social dat, în așa fel ca excitanții care le convin să fie acutizați și în atenția tuturor", (H. Binder).

Petrilowitsch subliniază, de asemenea, diferența între psihopatul autentic, la care factorul anormal constituțional este evident în întreaga sa evoluție și dezvoltările psihopatice, în care anormalul se reliefează numai în conflictul cu mediul. La psihopatul autentic structura caracterială a fost de la început și a rămas permanent defectuoasă, în timp ce în cazul dezvoltării psihopatice persoana a făcut față aproape normal existenței de pînă atunci. Pentru stabilirea diagnosticului trebuiesc analizate structura premorbidă a persoanei și situațiile conflictuale, deci contextul complex bio-psiho-social. Ori de cîte ori o persoană deviază de la traiectoria unei vieți sociale normale, aceasta trebuie analizată în funcție de *triada lui Kretschmer caracter-trăire-mediu* (subl. ns. — M.Ș.), în corelație cu factorii structurali bio-psiho-sociali pe tot parcursul dezvoltării personalității. Deci, se impune o analiză longitudinală și transversală a personalității în ansamblul manifestărilor sale sincrono-diacronice.

Reacțiile și dezvoltările psihogene se deosebesc de corespondentele lor psihopatice prin aceea că sindromul psihopatologic care se dezvoltă ține mai mult de, și se află în relație de comprehensibilitate cu factorii psihotraumatizanți din mediu și mai puțin de ereditate și avînd mecanisme de compensare mai bune, aceste reacții și dezvoltări psihogene vor evolua prognostic mai bine decît accidentele reacțiilor și dezvoltărilor instalate pe terenul psihopatiei.

Dezvoltările simple, nevrotice (complexuale), paranoide (delirante), sînt ereditare fie de tipul psihopatic, fie a celui de evoluție psihogenă. Corelațiile dintre aceste două tipuri de evoluție diferită ni se par interesante nu numai din punct de vedere teoretic ci și (mai ales) din punctul de vedere al practicii clinice. Este drept că aceste clasificări, schematizări, sistematizări țin mai mult de nevoile expunerii, a traducerii noțiunilor pe planul accesibilității imediate și al comprehensi-

vului sensibil cu care operează clinicianul. De aici însă nu trebuie să se creeze falsa impresie că realitatea clinică cu gradațiile sale infinitezimale și polimorfismul manifestărilor sale clinice ar putea să încapă în cadrul acestor scheme.

a) *Dezvoltarea simplă* se caracterizează prin aceea că răspunsul la agentul psihotraumatizant este, direct, unimodal, limpede, comprehensibil, relația de la cauză la efect este lineară și clară. Chiar dacă este vorba de o retragere în sine, de o acceptare sau eludare a traumei, relația de la cauză la efect rămîne cu atributele enumerate aici. În cazul că apar tendințe opuse sau disturbante, eul le înlătură și nu se ajunge la tendințe contradictorii, ambivalente, tensionale cu o cauzalitate determinată subteran și simbolic ca în cazul dezvoltării nevrotice (complexuale). Cel mult apar idei prevalente (ipohondriace, depresive, de persecuție), care aduc pe planul proceselor de cunoaștere tensiunea afectivă a traumei declanșante. Ideile prevalente, chiar dacă recidivează, sînt susceptibile spiritului critic și se pot înlătura prin psihoterapie, ceea ce le diferențiază de dezvoltarea delirantă paranoidă.

b) *Dezvoltarea nevrotică (complexuală)* nu este simplă, ci complexă, nu este limpede și comprehensibilă ci contradictorie, ambivalentă și nu unimodală ci plurimodală, nu mai apare claritatea și linearitatea în determinismul cauză-efect, această cauzalitate fiind formată subteran și simbolic și respectiv metamorfozată în structura dominantă internă a Eului cu o arhitectonică și manifestare afectivă diferită față de diversele situații ale mediului social. Se ajunge astfel la atitudini afective prevalente contradictorii care dacă nu se pot reconcilia constructiv, ia naștere un conflict nevrotic cu o arie de manifestare intrapsihică între două tendințe contradictorii — care nu au un corelat faptic în mediul extern. Cînd conflictul nevrotic trece pe un arier-plan, deci pe un plan secundar, se continuă indirect și simptomele. Cînd conflictul s-a automatizat, atunci tensiunea internă a tendințelor contradictorii devine acută și ia naștere, prin prelucrare dominantă, un *complex*. Spre deosebire de ideea prevalentă care este monotematică, complexul, în cel mai bun caz, este bitematic — adică are cel puțin două tendințe în permanent conflict intrapsihic conștient, și mai mult sau mai puțin larvat inconștient. În cazul ideilor prevalente, tematica apare în cîmpul clar al conștiinței, în timp ce în cazul complexului temele nu apar direct, simplu, clar, comprehensibil, limpede, ci dimpotrivă, marcate, simbolice, metamorfozate intradominant în alte simptome.

Cauza pentru care complexul nu mai apare clar în cîmpul conştiinţei se datoreşte cenzurii — spun psihanaliştii — care dezvoltă un numeros şir de inhibiţii dintre cele mai diverse ca formă. Cenzura operează şi asupra unui conflict pe care îl coboară în straturile inconştientului dar nu atît de profund ca pe un complex. De aceea, un conflict înmormîntat poate fi dezgropat şi reactualizat pe cînd un complex nu poate fi adus la suprafaţă decît graţie meşteşugului psihoterapiei analitice. Jung consideră că un complex nu este autonom ci, dimpotrivă, el îşi anunţă personalitatea făcînd-o prezentă nu direct ci dimpotrivă, indirect, prin metamorfozarea, simbolizarea sa multicoloră, care se traduce în diversitatea simptomelor. În cele din urmă acest complex dirijează persoana de la distanţă, în aşa fel că la un moment dat aceasta ajunge să fie bipolară, ambivalentă în manifestările sale.

De aceea, în cazul unor simptome simbolizate — bolnavul are senzaţia că nişte forţe streine, demonice, abisale şi cauzale îl dirijează în mod predestinat şi stihiinic.

c) *Dezvoltarea delirantă (paranoidă)* are la bază exagerarea unei idei prevalente care în cazul unor condiţii grave de mediu şi pe baza particularităţilor predispoziţional-ereditare se dezvoltă printr-un mecanism catatimic şi devin delirant-paranoide în momentul cînd spiritul critic şi accesibilitatea terapeutică devin inoperante, nemaiputînd convinge bolnavul asupra aspectului conţinutului lor fără corespondent real şi deci ilogic. K. W. Bosh este de părere că ideia delirantă este un concept care trebuie întrebuinţat nu numai pentru psihozele delirante. În dezvoltarea delirantă tensiunea afectivă este grupată, masată în jurul unei singure idei care domină bolnavul şi către care converg şi sînt metaforzate, influenţînd toate procesele de cunoaştere.

„Ideile prevalente şi ideea delirantă catatimică stau în centrul persoanei, formîndu-i unicul nucleu, în timp ce complexele nevroticului au devenit automat subterane şi-l dirijează de la distanţă. Un complex nu va putea niciodată dirija total persoana, ci numai anumite părţi ale sale. Iată de ce în cazul unei nevroze nu va apare niciodată o idee delirantă“ (H. Binder).

Schema propusă de H. Binder şi discutată pînă aici chiar dacă nu cuprinde toate elementele care se întîlnesc în clinica psihiatrică şi cu toate interpretările de natură doctrinară, reuşeşte ca în mod sugestiv să ne ofere un punct de vedere care merită să fie luat în considerare. Dacă aspec-

tul logic general este păstrat din punct de vede teoretic, atunci însă cînd e vorba de o ancorare în domeniul clinic, autorul declară : „Avînd în vedere că cele două feluri de reacţii (cea psihopatică şi cea psihogenă pură) au multe tangenţe clinice, dacă nu similitudini, s-a realizat o clasificare simptomatologică ce se face să descrie o singură clasă, cea a reacţiilor anormale".

Formele clinice ale reacţiilor anormale cuprind, după Binder :

1. Depresiile reactive.
2. Excitaţiile reactive care duc uneori la reacţii de scurt-circuit.
3. Reacţiile primitive, dezinhibări care pot duce la stări crepusculare de tip hipnoid sau de tip hipobulic ;
4. Reacţiile de conversiune (actualizarea şabloanelor neurologice preformate — paralizii, spasme, ticuri, tremor, anestezii, reflexe vegetative) ;
5. Reacţiile ipocondriace, excitaţie la paroxism a nozofobiei în formă de idei prevalente.
6. Reacţiile paranoide ;
7. Reacţiile isterice.

Petrilowitsch, la rîndul său, descrie reacţii astenice, ipocondriace, paranoide şi senzitive după cum urmează ;

Reacţiile astenice cele mai frecvente sînt urmarea unei traume psihice şi nu sînt legate de tonusul vital scăzut (temperament astenic), ci de factori psihici (pierderea încrederii în sine). Uneori aceşti bolnavi fac fenomene de înstrăinare psihică ce trece cu timpul în înstrăinare somatică, apoi în ipocondrie.

Reacţiile ipocondriace debutează cu un sentiment de urît, de plictis, de incapacitate în faţa situaţiilor ce trebuiesc rezolvate. Aceste reacţii au o evidentă coloratură introvertită, ipocondriacul fiind un însingurat. În formele limitrofe reacţia ipocondriacă se caracterizează prin extravaganţă sau capriciu. Petrilowitsch afirmă că „psihopatia ipocondriacă nu există ; există numai psihopaţi (astenici sau timizi) care au ca ultim stadiu un tablou ipocondriac, fiindcă în mod paradoxal hipertimicul, violentul plin de energie face reacţie ipocondriacă, aceasta este o idee prevalentă, apropiată de delir, deci susţinută cu multă vehemenţă. Este cazul atleţilor puternici, predispuşi la ipocondrie care, atunci cînd le scade brusc puterea de creaţie, reacţionează ades în acest mod, mult mai frecvent decît astenicii, obişnuiţi cu modul

de viață resemnat și nefericit. Reacția ipocondriacă poate apare la persoane viguroase și sănătoase mintal la schimbarea ritmului profesional. O formă mai gravă de reacție ipocondriacă este cea combinată cu acțiunea revendicativă. Rar poate fi cauzată de o depresie endogenă din convalescență, acuzele ipocondriace fiind amplificate de labilitatea vegetativă. Reacția ipocondriacă poate fi indusă de părinți (băieții o pot face după o depresie endogenă a mamei).

Reacțiile paranoide. Paranoidul și ipocondriacul se aseamănă prin neîncredere în oameni, egoism, bruschețe. Paranoicul are în antecedente idei ipocondriace, descoperite ușor prin anamneză. În etiologia reacției paranoide sînt incriminate eșecurile profesionale, remușcările, mustrările de conștiință. Paranoidul își neglijează îndatoririle conjugale fără a percepe aceasta conștient și proiectează trăsăturile sale proprii asupra celor din jur.

Reacțiile și dezvoltările senzitive au fost descrise de Kretschmer și pot apare la mai multe tipuri psihopatice : astenici, depresivi, instabili emotivi, fanatici, distimici, explozivi. Reacțiile senzitive apar la orice tip temperamental, nefiind obligatorii trăsăturile senzitive premorbide. Dezvoltările senzitive sînt condiționate de mediu și momentul istoric. Orice persoană poate face reacții senzitive în efortul de adaptare la condiții mai grele de mediu, chiar dacă reușește să se adapteze. Psihopatia senzitivă poate evolua spre dezvoltare senzitivă după multe tentative de adaptare socială. O dezvoltare senzitivă poate apare datorită unui părinte prea autoritar sau a unui pedagog prea sever.

Dezvoltările anormale simple au în compoziția lor o serie sau un amestec de simptome psihopatice și psihogenetice și cuprind :

1. resemnările, iritările, amărăciunile, încăpățînările patologice ;
2. dezvoltările ipocondriace și paranoide în forma lor cea mai simplă ;
3. dezvoltări isterice la nivelul aproape obișnuit (cocotă, profet, mistic, etc.) ;
4. dezvoltarea fantastică cu refugiul tot mai frecvent în reverii diurne ;
5. neglijențele patologice mai ales în domeniul sexual și al instinctului gregar ;
6. fixări instinctive : poriomanie, cleptomanie, dipsomanie.

După opinia lui Hans Binder cea mai bună clasificare a dezvoltărilor nevrotice (complexuale) este :

1. conversiunea anxioasă ;
2. conversiunea obsesivă ;
3. conversiunea depresivă ;
4. nevroza de caracter.

Dezvoltările paranoide aparţin atît psihopatiilor cît şi psihogeniilor. Cazurile grele aparţin psihopatiilor în special psihopaţilor fanatici şi senzitivi cu o coloratură paranoidă, uneori apar pe terenul unui discret defect schizofrenic. În aceste cazuri se dezvoltă, chiar în condiţii obişnuite de mediu, dezvoltări afective catatimice, astfel dezvoltîndu-se paranoicii expansivi.

În cazul unei dispoziţii paranoide mai accentuate şi în prezenţa unor factori de mediu excepţionali iau naştere dezvoltările paranoide psihogene pure, sau ceea ce Birnbaum a numit *„Midle Paranoide"*.

Alţi autori includ în cadrul caracterelor nevrotice toate formele de dezvoltare, reacţie, ca şi reacţia paranoidă simplă. Explicaţia este freudiană, aceeaşi pe care Freud o dă paranoidiei şi întregului caracter nevrotic colorat paranoid. Astfel, caracterul nevrotic este „represiunea libidoului la stadiul narcisic, plus homosexualitate infantilă, prelucrarea homosexualităţii greşit refulată, prelucrarea contradicţiei interne prin proiectarea prin care cel iubit devine persecutorul din delir". Mayer-Gross este împotriva acestei explicaţii, aducînd ca argument traumatismele nesexuale care pot determina aceleaşi fenomene patologice.

Petrilowitsch consideră că dezvoltarea paranoidă este în strînsă legătură cu un faliment interior. Aceasta este demonstrată de modul cum apare paranoia senilă. Ideea paranoidă apare ca o compensare a neadaptării la condiţiile noi de mediu, în faţa unei noi sarcini sau a neputinţei şi nesiguranţei de lungă durată.

Dezvoltările ipocondriace. Petrilowitsch consideră că în dezvoltările ipocondriace cronicizate este greu de spus dacă la origine stă o proastă funcţionare a unui organ, deoarece ades conflictele sufleteşti se transformă în senzaţii somatice ; boala ipocondriacului sau a altei persoane este punctul de plecare al exteriorizării conflictului sufletesc.

I. B. Galant şi V. S. Aleşko, consideră ca tratament al dezvoltărilor psihopatice psiho- şi hipnoterapia, fizioterapia ca şi terapia medicamentoasă neuroleptică.

CONSIDERAȚII GENERALE CU PRIVIRE LA „REACȚIILE ȘI DEZVOLTĂRILE ANORMALE"

Din capitolul precedent se desprinde pe de o parte efortul psihiatrilor de diverse orientări asupra clarificării comportamentului de tip psihopatic considerat în complexitatea determinărilor sale, biologice, psihologice și sociale, tendința justificată rațional de a găsi elementele fundamentale din polimorfismul manifestărilor aberante umane în raport cu unele condiții negative diferite ascunse în spatele său, și încă insuficient elucidate, cauze și mecanisme etiopatogenice de declanșare a căror sistematizare logică, evident că va continua. Pe de altă parte însă se desprinde și confuzia care domnește în acest domeniu, lipsa de sistematizare, jocul permanent al limitelor între diferitele grupe nozologice, fiind uneori adoptate poziții antinozologiste, care desigur că lasă loc interpretărilor arbitrare, subiective, în care nu se poate deosebi ce se apropie de normal, ce a depășit în sens negativ normalul și ce interferează domeniul psihozelor, în care discernămîntul nu mai funcționează ca în cazul psihopatiilor. Pozițiile psihologizante, sociologizante, sau din contra teoriile biologizante detașează uneori pe clinician de domeniul clinic plasîndu-l în domeniul unor speculații care nu-i aduc un spor de orientare, și care dacă într-un fel sau altul îi oferă satisfacția spirituală a unei literaturi psihopatologice seducătoare ca formă stilistică, nu-i oferă însă totdeauna și instrumentul logic de diagnostic pozitiv și diferențial, nu-l ancorează în domeniul terapeuticii pe terenul realităților bio-psiho-sociale, adică acolo unde în ultimă instanță se rezolvă și se realizează demersurile complexe pe care trebuie să le întreprindă cu elaborarea acțiunii individualizate pe baza unor criterii precise de acțiune și care să-l aducă mai aproape de bolnav și să nu-l depărteze de acesta la un nivel de unde

să-i apară perspectiva unui suferind aruncat de soartă în braţele unor tendinţe şi pulsionări primitive pe care nu le putem stăpîni sau înfrunta şi care ar acţiona ca un destin inevitabil nefast.

În legătură cu reacţiile şi dezvoltările anormale vom sublinia unele probleme care nouă ni se par mai importante :

1. Reacţia la un eveniment trăit nu înseamnă neapărat şi „anormal" chiar dacă prin atributele de intensitate, durată şi semnificaţie, această reacţie depăşeşte norma medie. În permanentele echilibrări şi adaptări ale organismului şi respectiv ale personalităţii la mediul ambiant este firesc ca un om să reacţioneze printr-un amplu croşet comportamental care să depăşească în plus sau în minus banda de frecvenţă general admisă în cazul unor evenimente manifest psihotraumatizante. Însă durata de acţiune a acestei reacţii, semnificaţia actului ideo-afectiv întreprins nu depăşeşte limitele general admise. Este cazul aici a reacţiilor aşa de numeroase în caz de decese, de pierderi materiale în caz de calamităţi naturale sau sociale etc. De aceea ni se pare că din numărul imens de reacţii la un eveniment trăit de milioane de oameni, nu toţi vor dezvolta manifestări psihice care să poată fi ca reacţiile descrise mai sus şi să se încadreze în raport de criteriile expuse şi de aceea considerăm că nu tot ceea ce este încadrat ca reacţie anormală poate fi acceptat în ansamblu şi de la început, fără a efectua o disecţie atentă şi logică a fiecărui caz concret în parte.

2. Aşa cum am văzut mai sus, K. Schneider vorbea de reacţii temporare (intermitente) la evenimentul trăit. Putem considera însă ca o reacţie normală stările depresive mascate care survin intermitent, în cazul, de exemplu, a pierderii unicului copil, şi pe care părinţii chiar tineri fiind le trăiesc pe tot parcursul vieţii lor mai ales atunci cînd este o aniversare sau un eveniment legat de fiinţa care au pierdut-o ? Noi considerăm că nu, dacă un asemenea mod de a reacţiona prin intensitatea, durata şi semnificaţia sa nu depăşeşte limitele general admise şi nu perturbă adaptarea optimală socială şi eficienţa activităţii individuale sub raport calitativ şi cantitativ.

În asemenea situaţie se află un număr imens de oameni şi totuşi decompensarea egofilă psihopatică sau egofobă neurotică nu se produce. Redăm aici cazul unei mari personalităţi a medicinei româneşti, pe care noi am avut ocazia s-o cunoaştem în mod apropiat şi care şi-a pierdut unica fiică

în urma unei grave boli cerebrale. Timp de aproape 50 ani, portretul fiicei sale a fost ținut pe biroul de lucru al marelui medic și zilnic i se schimbau în vaza de lîngă portret garoafele, pînă în momentul cînd tatăl a plecat și el în lumea umbrelor. În asemenea situații este vorba de personalități puternic echilibrate, de structurări temperamental-caracteriale rezistente, puternice, care pot face din suferință motiv de a lupta și mai înverșunat cu asperitățile sau vitregiile vieții. Nu există oameni pe lumea aceasta care să nu fi avut măcar odată în viață evenimente care să le fi zguduit intens viața sufletească și totuși reacția lor s-a înscris în limitele normalității considerate astfel de societatea în care trăim și în epoca în care-și desfășurau existența.

Pe de altă parte, chiar personalitățile mai slab structurate, fie în sensul unei dezarmonii psihopatice sau a unei vulnerabilități neurotice, nu toate prezintă atît de frecvent reacții și dezvoltări anormale, aberante sau de alt tip, încît să ajungă în mod inevitabil la medic. Dacă ar fi așa, atunci clinicile sau spitalele de psihiatrie ar fi asaltate și ar fi cu mult depășită capacitatea lor de asistență de specialitate. Aici, în cazul acestor persoane, calitatea mediului familial, psihosocial joacă un rol terapeutic de compensare, mai eficient decît o internare în clinică.

Se mai poate adăuga încă un fapt de observație curentă și anume, în cazurile de acțiune a unor factori cu risc vital. În fața iminentei pierderi a vieții nu mai au loc reacții sau dezvoltări așa cum le întîlnim în condiții obișnuite, însă reacțiile și dezvoltările psihopatice, nevrotice, paranoide, a „ieșirilor din real" prin scurt-circuitări sau îngustări ale cîmpului conștiinței, atunci, cînd o întreagă societate este supusă psihotraumatizant prin teamă și nesiguranță, ori de devalorizări și depersonalizări prin măsuri antisociale promovate de un regim hiperautoritar, fenomenele de reacție și dezvoltare de toate tipurile au loc într-un număr imens de cazuri, iar în unele perioade deosebit de aspre, reacțiile de disperare capătă proporții de masă chiar la oamenii normali.

3. O reacție comportamentală sub forma unor dezinhibări instinctiv-emoționale la un psihopat istero-impulsiv, epileptoid, etc., este desigur anormală dacă o raportăm la normele de conduită socială, dar aici știm că aceasta face parte integrantă din însăși comportamentul acestei personalități dizarmonice și că asemenea modalități de manifestare îl ca-

racterizează în mod cronic. Desigur, aici este vorba de o reacție anormală dacă ne raportăm la societate, dar această reacție se impune s-o raportăm la personalitate în ansamblu și atunci ceea ce ne apare pe prim plan nu mai este reacția singulară ci personalitatea psihopatică cu toate trăsăturile sale negative și de cronicitate, care o caracterizează.

Cercetarea longitudinală a manifestărilor comportamentale față de sine ca și a modalităților calitative de integrare socială, se impune cu necesitate atît pentru rațiuni de natură teoretică dar mai ales din punctul de vedere al exigențelor clinice. Determinarea profilului structural al personalității și a calității disponibilităților de reactivitate ideo-afectivă și de conduită ca și a celor de autoconducție în consens social apare astfel ca una din modalitățile metodologice de diferențiere a stărilor reacționale într-o secvență temporo-spațială îndeosebi la persoanele cu dizarmonie cronică a personalității, deosebindu-le de manifestările comportamentale anormale care vor opera excepțional chiar la personalitățile echilibrate.

4. Atunci cînd se discută de relațiile dintre psihopatie și reacțiile și dezvoltările anormale, acestea din urmă sînt de obicei considerate în bloc atît în ce privește etiologia ca și din punctul de vedere a mecanismelor lor psihopatologice. Dar o reacție nevrotică sau complexuală, este desigur anormală, însă anormalitatea acestei reacții care se traduce doar pe planul răspunsului ideo-afectiv o putem admite dacă o raportăm la punctul de vedere biologic sau psihologic medical, deoarece această reacție anormală privită din punctul de vedere axiologic (social) nu mai are nimic anormal în ea. În aceeași ordine de idei, o reacție nevrotică la un psihopat ni se pare normală, și cu atît mai mult dacă așteaptă sub o stare de tensiune psihică neplăcută un proces, o anchetă, o sentință, o detenție etc., care să-l frusteze de ceea ce este mai de preț pentru această personalitate — libertatea. În același context, reacția nevrotică la un psihopat nu are aceiași structură calitativă comparată cu reacția nevrotică la o personalitate normală, fără trăsături egofile psihopatice etc.

5. Modalități de comportament anormal apar în diverse condiții și din acest punct de vedere trebuie să luăm în considerare starea organismului la un moment dat cu toate posibilitățile sale de reactivitate. Astfel, la adolescență sau la vârsta adultă, sau după 40 ani la femei, cînd se instalează menopauza pot apare reacții anormale dar în acest caz nu

vom putea admite că în toate cazurile e vorba de o psihopatie sau de o nevroză care a fost latentă pînă în momentul respectiv, și care s-a developat abia după instalarea crizei biologice sau a unui factor psihotraumatizant. Sînt aici tulburări de comportament care cedau în cazul aplicării corecte a unei terapeutici adecvate sau după ce s-a produs reechilibrarea funcțiilor biologice și psihologice ale personalității. Este cunoscută iritabilitatea unor oameni în vîrstă, sau a bolnavilor suferind de hipertensiune arterială, stare care corespunde în bună parte insuficiențelor de respirație cerebrală care apare pasager și mai ales în stările de oboseală. În asemenea cazuri, este o reacție anormală dacă avem în vedere faptul că nu a dispărut discernămîntul critic asupra propriei persoane și interrelațiilor sociale ? Noi considerăm că nu dacă avem în vedere că reacția este de scurtă durată, nu este de mare intensitate și nu caracterizează fundamental personalitatea respectivă.

De aceea, nouă ni se pare că termenul de reacție anormală la evenimentul trăit este mult prea generalizator, iar aplicarea sa ca o etichetă pe orice manifestare psihică fără a ține seamă de instensitate, durată, de semnificația sa anormală și dezadaptativă și fără a lua în considerare criteriile bio-psiho-sociale de încadrare nozologică a manifestărilor psihice de la interferența cu normalitatea și pînă la demențele grave, nu vom face altceva decît să contribuim la adîncirea confuziei care domnește în ceea ce privește clasificarea tulburărilor psihice.

Pe de altă parte, folosirea acestui termen de reacție anormală, oricum și oriunde, ascunde în el pericolul de psihopatizare a comportamentului uman normal, din moment ce folosim acest termen atît pentru unele reacții normale, pentru cele la interferență cu normalitatea, cît și pentru psihoze, ca și pentru crizele situaționale ale personalităților normale.

Pentru aceste considerente nouă ni se pare că are dreptate K. Schneider, care atunci cînd abordează în manualul său de „Psihopatologie clinică" în capitolul „Reacțiile anormale la evenimentul trăit" atrage atenția asupra a ceea ce psihiatrul denumește *„Fondul psihic" (Untergrund)* al reacției la evenimentul trăit. În legătură cu aceasta K. Schneider scrie : „Fondul psihic (Untergrund) al reacției la evenimentul trăit este foarte important : el nu este trăit și nu motivează reacția, ci e vorba de o manieră pur cauzală „opere operato". Alte evenimente pot influența acest „fond" și

prin aceasta forța reacției ; acționează astfel momentul din cursul zilei, timpul, dispoziția vitală, chiar sentimentul de bine corporal, somnul, saţietatea mai mult încă stimulii de orice natură, și de asemeni, muzica... Stimulările pot chiar inversa natura, indicele afectiv al unei reacții. Astfel, alcoolul poate face să apară latura frumoasă a unui fapt puțin îmbucurător în sine și poate chiar să vă conducă momentan pînă „la a face din necesitate virtute". Dar „fondul" pe care acționează evenimentul se modifică adesea fără intervenția cauzelor atît de aparente... Fondul psihic actual, nu este numai un factor care poate modifica greutatea afectivă a evenimentelor. Există, de asemenea, o tendință reactivă și labilă a distimiei, care se datorește unei predispoziții a „fondului psihic". Există în fine „depresiuni fundamentale" esențiale fără componentă reactivă. Între altele „fondul psihic" este substratul nu numai a stărilor sufletești psihologice autonome, el este de asemeni, alături de gîndire și tendințele autonome — substratul neliniștilor, obsesiilor, experiențelor de alienare, a deficiențelor astenice momentane care, toate sînt autonome... *Pentru noi, „fondul psihic" e un concept-limită. Noi îl vom concepe ca o limită dincolo de care nici o experiență nu se poate înțelege, ceva care deși simplu se poate deci considera corporal, dar care nu mai poate fi explicat de psihologie. Este vorba de cu totul altceva decît inconștientul psihanalizei".* (subl. ns. — M. S.).

K. Schneider atribuie „fondului psihic" nu numai acele calități de corporal care nu pot fi explicate de psihologie, ci și acel atribut formal cu care noi putem separa și clasifica ceea ce aparține unei reacții anormale sau psihopatiei grație trăsăturilor conștiente ale acestui fond din moment ce consideră un *„fond psihic"* extraconștient în cazul unor psihoze de natură endo- sau exogenă. Acest punct de vedere se desprinde din următorul pasaj :

„Cînd vorbim aici, fără altă precizare, de „fondul psihic" sau de „depresia fundamentală", noi avem în vedere totdeauna fluctuațiile dispoziției vieții normale și psihopatice. Această singură utilizare a conceptului de „fond" face posibilă distincția între ceea ce este reacțional și ceea ce este fundamental și psihotic, în special distincția între depresia reactivă pe de o parte și pe de altă parte, depresia fundamentală și depresia ciclotimică. Distimiile psihologice autonome care survin la ciclotimi, schizofreni, epileptici, la bolnavii cu leziuni cerebrale, de tot felul, se bazează, de ase-

menea, pe „fondul psihic" extraconștient. Cum „fondul" însăși este un concept limită și care nu poate deveni un obiect de investigație, este oțios a ne imagina ceea ce se petrece în amănunțime și ce subdiviziuni se pot accepta. În astfel de investigații nu se dispune deci decît de maniera în care sînt trăite distimiile și nu se poate, cu privire la ele, decît a arăta diferențele care le separă sau, cel puțin măcar a încerca să o facem".

Grație intervenției permanente a fondului psihic viața noastră sufletească „...este traversată de reacțiile inteligibile la evenimentele trăite ; ele sînt cele care condiționează într-o largă măsură dispoziția psihică. Dar înainte de toate evenimentele cu mare încărcătură emoțională sînt cele care determină dispoziția. Cînd nici o emoție violentă nu survine, dispoziția, chiar dacă cel puțin nu este profund indiferentă sau dacă ea este datorită unei colorații determinate, fără conținut dominant, dispoziția este condiționată de către temele gîndirii autonome, de amintiri și de idei imaginare care anticipează viitorul... Acestea au adesea, fără nici un motiv comprehensibil, o valoare afectivă foarte diversă. „Fondul psihic" determină tonalitatea afectivă medie. Aceasta ar fi „fondul psihic" retrăit care scapă experienței și de care trebuie să distingem fundalul, planul secund sau „L'arrière plan"-ul (Hintergrund) trăitului, a diverselor reacții la un eveniment trăit și care poate să ne explice reacțiile mediate. (Hintergrund — reaktion) prin care o reacție prezentă — pozitivă sau negativă — se explică prin influența unei alte reacții anterioare la evenimentul trăit. Conceptului de Hintergrund aparține „... faptului că un eveniment trăit — chiar dacă pentru moment nu ni-l mai amintim — influențează reacția la un alt eveniment trăit. Acesta poate întări sau slăbi reacția, sau să-i dea o coloratură pasivă sau negativă". De aceea, K. Schneider consideră că atît „fondul" cît și arrière-planul trebuiesc utilizate în toate varietățile de reacții la evenimentul trăit.

Așa cum precizează K. Schneider, *„Reacțiile anormale la evenimentul trăit se îndepărtează mai ales de media reacțiilor normale prin intensitatea lor neobișnuită, la care se poate adăuga faptul că ele constituie într-un fel un răspuns neadecvat motivului care le-a provocat"*. Dar aceste reacții se diferențiază încă *„prin durata și aspectul lor, fie prin caracterul alurei lor"*. (subl. ns. — M. S.). Psihiatrul german recunoaște că de la normalitate la psihoză, în ceea ce privește

reacțiile la evenimentul trăit sînt prezente toate gradațiile, însă pentru diferențierea lor nu ne oferă un criteriu sigur lăsînd loc subiectivității să opereze în acest domeniu. În acest sens, autorul scrie : *„Adesea de observator și de aprecierea sa asupra cauzelor, va depinde în mare parte răspunsul la întrebarea de a ști dacă o reacție va fi sau nu calificată ca anormală"*. Rămîne deci la aprecierea observatorului să aleagă dacă *„...să atribuie fiecărui om reacții la eveniment care sînt, de asemenea, anormale sau chiar să le conceapă ca anormale numai în intensitatea lor"* (subl. nr. — M. Ș.).

Am expus punctul de vedere a lui K. Schneider cu privire la „reacțiile anormale la evenimentul trăit" pentru a sublinia ceea ce este pozitiv în eforturile pe care le face acest mare psihiatru pe linia demarcării nozologice a psihopatiilor adoptînd criteriile intensității și duratei cu care nu putem însă să apreciem dacă o tulburare psihică este sau nu la interferență cu normalitatea sau din contra, a depășit o anumită limită, de unde începe domeniul psihozelor. Încercarea pe care o face K. Schneider de a deosebi psihopatiile de psihoze prin atribuirea calității de morbid psihozelor,, ni se pare insuficientă și pretează, de asemenea, la interpretări subiective atîta timp cît nu ne dă genul proxim și diferența specifică între aceste două stări.

Dar în legătură cu reacțiile psihice anormale la evenimentul trăit, se impune să *subliniem opinia lui K. Schneider că în ceea ce a fost descris pînă aici sînt „reacții de evenimente exterioare. Dar există reacții la evenimentele interioare : la dezechilibre interioare, la tensiuni, la situații pulsionale"* și pe care K. Schneider le denumește *„reacții conflictuale interne"*. *Aceste reacții autorul le consideră nu ca „...o insuficiență interioară sau chiar dizarmonii, ci chiar o atitudine pasivă și deci reacții conflictuale interne. Totuși, ele nu sînt net separabile de reacțiile la evenimentele exterioare, pentru că ele sînt adesea provocate de acestea din urmă"* (subl. ns. — M. Ș.). Studiul acestor reacții conflictuale interne ne duce însă în mod inevitabil și la considerarea rolului personalității în reacțiile față de evenimentul trăit și inclusiv „fondul psihic" În aceste reacții totuși evenimentul psihoconflictual atinge personalitatea în punctul ei sensibil și în mod evident. De aceea, Kretschmer denumește sugestiv acest eveniment cu termenul evocator de *„eveniment-cheie"*. Fiind legate de personalitate, aceste reacții

conflictuale interne vor trebui judecate și descrise în funcție de particularitățile personalității respective. *„Reacțiile la evenimentele exterioare sînt „grosso-modo", cu mult mai puțin expresia caracterului decît reacțiile conflictuale interne..."*, și mai departe subliniază că :

„...Expunerea noastră are în vedere aceste reacții anormale la evenimentele exterioare, care sînt mai mult sau mai puțin independente de caracter. Reacțiile caracterogene, condiționate de personalitate, conduc imediat la patocaracterologie, la personalitățile anormale (psihopatice)". (subl. ns. — M. Ș.).

Pentru cele două feluri de reacții :

a. reacții anormale la evenimentele trăite exterioare și

b. reacții conflictuale interne, sînt deosebiri în sensul că acestea din urmă sînt condiționate și de caracter, în timp ce primele „...nu exprimă acțiunea logică de a reacționa la eveniment, acțiunea încărcată de sens, dar ele ne fac să ne gîndim la reacțiile pur corporale sau la reacțiile corporale care, secundar, produc un efect psihic, în sensul obișnuit dat termenului de „forme exogene de reacție" a lui Bonhoeffer" (K. Schneider). Este aici mecanismul energoactiv de reacție despre care aminteam noi mai sus, cu toate elementele sale componente biopsihice, vegetative etc.

6. În legătură cu reacțiile psihice și cu dezvoltările psihice anormale se impune diferențierea psihopatiilor de remisiunile cu defecte postpsihotice, după unele stări procesuale, psihotice, chiar dacă aceste remisiuni sînt definitive sau periodice, precum și diferențierea psihopatiilor de sindroamele psihopatiforme cu care pot debuta psihozele de natură predominant endogenă sau exogenă.

PSIHOPATIE ŞI NEVROZĂ

Delimitarea clinică dintre psihopatie şi nevroză va fi totdeauna de actualitate nu numai din punct de vedere teoretic cît mai ales pentru raţiuni de ordin practic.

În această problemă se iau în considerare, atît existenţa cît şi persoana într-un tot unitar, ca două aspecte ale aceluiaşi nex-cauzal, care este structura personalităţii pentru care se iau în considerare nu simplele ei modificări psihice în raport cu mediul, ci acele modificări care se desfăşoară pe un teren cronic prestructurat ca reacţie egofilă sau egofobă manifestată pe un anumit substrat constituţional.

O serie de psihiatri consideră că cea mai mare parte a trăsăturilor personalităţii psihopatice cu reacţii antisociale sînt faţete caracterologice simptomatice ale nevrozei (Wyrsch, 1946 ; Kargman, 1948, etc.).

Levin (1940), propune diferenţierea psihopaţilor adevăraţi de cei cu reacţii nevrotice, după modul diferit de a-şi rezolva conflictele : *psihopatul tinde să facă rău altuia, în timp ce nevroticul tinde să devină nefericit, primul fiind un egofil, nevroticul fiind predominant un egofob.*

Caldwell (1944) şi Rodgers (1948), au propus alte criterii simptomatice şi structurale care în fond nu se deosebesc de ale lui Levin : nevrozaţii îşi rezolvă conflictele prin simptome nevrotice (autoplastice), psihopaţii prin tulburări de comportament (alloplastice). Nevroticii, considerăm că se caracterizează prin : deliberare, ezitare, agresivitate latentă sau reprimată, sentiment de dependenţă sau culpabilitate, egofobie. A doua categorie, psihopaţii, au drept caracteristici clinice impulsivitatea, hiperpasivitatea, independenţa, insensibilitatea, egofilia etc.

Karpman aşează stările psihopatice printre nevroze, lăsînd psihoterapia să le diferenţieze după rezultatele la procedeele psihoterapeutice : cazurile rebele la orice psihoterapie aparţin

psihopatiilor constituționale, nevrozele beneficiază de psihoterapie.

Schultz-Henke, neagă orice deosebire între psihopatie și nevroză.

Gowres atrage atenția asupra faptului că psihopatia, așa cum a fost descrisă de K. Schneider, s-ar putea asimila cu nevrozele. Însă K. Schneider arată că psihopatul prezintă reacții anormale la trăiri externe în timp ce nevroticul prezintă reacții anormale la trăirile conflictuale interne.

Unii autori printre care și Petrilovitsch, arată că psihopatia este anomalia înnăscută, iar nevroza este cîștigată.

După Gowres nevroza ar fi un fel de psihoscleroză (încapsularea sentimentelor și a vieții afective în genere) aspect parțial adevărat după opinia lui Petrilowitsch.

P. Brânzei, M. Fliss, H. Gottlieb, V. Hrimiuc, au subliniat particularitățile de manifestare la unii bolnavi nevrotici la care, după precizarea factorului psihogen sau somatogen determinant, s-a evidențiat totodată o personalitate dizarmonică sau anomalii caracteriale. Autorii analizând factorii etiopatogenici și evoluția clinică a celor două afecțiuni, ajung la următoarele concluzi : trăsăturile fundamentale caracteristice psihopatiei constituționale, nucleare, nu se relevă la un studiu aprofundat al stărilor nevrotice propriu-zise, deși pot exista interferențe marginale între aceste două entități clinice, în sensul că în condiții negative de mediu, un nevrotic poate prezenta reacții psihopatiforme, după cum un psihopat poate la rîndul său, prezenta eventual reacții nevrotiforme. Totodată, autorii atrag atenția asupra sindromului psihopatoid, la care se poate evidenția eventual și un intelect de limită, ca o consecință a unei posibile encefalodistrofii.

I. Alexandrescu, M. Fliss, V. Hrimiuc, arată că printre bolnavii internați în serviciul de Nevroze al Spitalului de neuropsihiatrie „Socola" Iași, au diferențiat o categorie de persoane cu afecțiuni nevrotiforme ale căror tulburări au evoluat pe un fond de personalitate dizarmonică de tip psihopatic. Cercetările au evidențiat că astfel de bolnavi se recrutează în mare parte dintre subiecții la care în procesul de structurare a personalității, pe lîngă factorul congenital, a intrat în acțiune și un „trăit emotiv" încărcat, acesta condiționînd apreciabil întreaga lor reactivitate.

Kolle descriind nevrozele consideră că „prea mult timp s-a neglijat faptul esențial că orice stare nevrotică, care era etichetată prea ușor drept neurastenie, nu este altceva decît

expresia unei crize sufleteşti... Pe de altă parte, expresiile de „reacţii psihogene" nu sînt nici ele adecvate, de vreme ce se pot întrebuinţa numai la acei pacienţi la care există o reacţie propriu-zisă. În stările nevrotice, care uneori nu au nici un simptom, în afara faptului că teribila nelinişte care stăpîneşte bolnavul îl determină să nu lasă niciodată la capăt cu propria sa persoană, noi întrebuinţăm expresia de crize sufleteşti". După Kolle *„crizele sufleteşti"* au atît simptome mintale cît şi corporale. Considerînd persoana ca avînd o structură instinctiv-afectivă, inconştientă şi conştientă totodată, în anumite cazuri nevroza „...este expresia lipsei de colaborare dintre viaţa conştientă şi cea inconştientă, deci a dezechilibrului dintre Sine şi Supra-Eu, aşa dar o nefuncţionalitate promptă a Eului. Pacientul ne spune — bine intenţionat — numai ceea ce conştientul îi semnalează, de vreme ce marele rezervor al inconştientului rămîne inaccesibil".

Acelaşi autor arată că : „Pentru a înţelege complet felul în care dinamica inconştientului ajunge la simptom, trebuie să înţelegem că modul de expresie al inconştientului nu este numai simptomul, aşa cum îl cunoaştem noi, din clinica celorlalte maladii mintale, ci şi al limbajului organelor.... deci a ceea ce azi se numeşte psiho-somatic".

Dar în asemenea situaţii intervine actul voluntar, acea manieră superioară a omului de a-şi controla şi de a-şi pune la dispoziţia trupului, sufletul, în măsura în care istoria structurării sale individuale îi oferă posibilitatea unor autoreglări opţionale de luptă împotriva acestor dereglări.

În faţa unor asemenea cazuri „medicul care are o orientare spre ştiinţele naturale — scrie Kolle — îşi explică maniera diversă în care oamenii îşi formează destinul şi se luptă cu existenţa, în funcţie de predispoziţia lor ereditară. Indiscutabil că şi pentru crizele sufleteşti care ne preocupă, sînt răspunzători şi anumiţi factori ereditari. Dar spre deosebire de persoanele anormale, în cazul crizelor sufleteşti predispoziţia pentru o anumită criză sufletească nu este legată de o predispoziţie precisă şi nici nu este condiţionată de aceasta în mod stringent. De vreme ce predispoziţia pentru boală poate fi modificată numai în limite foarte restrînse de trăiri şi factori de mediu, crizele sufleteşti pot fi modelate şi metamorfozate într-un grad foarte înalt de către trăirile vieţii interioare şi de forţele vieţii psiho-sociale exterioare".

În cazul unor evenimente excepţionale puţini oameni nu fac „crize sufleteşti", chiar oameni cu o ereditate obişnuită.

În cazurile de pericol vital însă, o criză sufletească (nevroză) poate să dispară și să reapară la mulți ani după aceea. Kolle citează în acest sens pe psihiatrul german Kral, evreu de naționalitate, care a consultat, un număr de 140 000 evrei în lagărele de concentrare și care a observat că nevrozele au dispărut după două săptămîni de lagăr și nu au mai apărut oricît de grele și inumane au fost condițiile. La fel s-au petrecut lucrurile, cu afecțiunile care aveau implicații psihogenetice. După ieșirea din lagăr cei care aveau o nevroză au refăcut-o sau au apărut nevroze la cei care nu le aveau. „Aceste observații ale lui Kral — scrie Kolle — ne forțează la concluzia : de îndată ce omul este supraamenințat în existența sa vitală, el își adună toate rămășițele pentru a putea depăși faza critică a condițiilor de mediu. *În fața morții nu există nevroză*" (subl. n.s. M. S.).

După cum în timp de război se știe că pulsiunile psihopatice se revoltă împotriva adversarului și mai puțin împotriva grupului în care se află înrolat. Referindu-se în continuare la relația dintre nevroze și psihopatii, Kolle conchide, poate prea categoric: „Pacienții cu crize sufletești nu sfîrșesc niciodată în a deveni persoane anormale. Nici afirmația că între cei care fac crize sufletești se găsesc foarte multe persoane anormale nu poate fi susținută, chiar și dacă este adevărat că predispoziția anormală este un teren favorizant pentru crizele sufletești. La această concluzie ar trebui să ajungem oricare dintre noi medicii care ne preocupăm cu problemele de psihoterapie".

Abordînd în continuare tocmai problemele psihopatiei Kolle arată că : „Persoanele anormale sînt variante nuanțate, specii ale existenței umane, și în nici un caz preludii de boli mintale, sau stări intermediare între sănătate și boală mintală. Faptul că noi diagnosticăm greșit un debut al unei schizofrenii sau al unei paralizii generale, drept psihopatie, nu schimbă cu nimic constatarea din fraza anterioară, ci spune doar că uneori noi mai greșim diagnosticul. Marea majoritate a psihiatrilor recunosc că tipurile de persoane anormale se bazează pe o anumită predispoziție și pe o anumită modalitate de reactivitate patologică, care este și ea în funcție de predispoziția amintită. Dar aceasta nu înseamnă că persoana anormală este un fatuum, un destin odată și pentru totdeauna dat. Toate predispozițiile acestea pot fi modelate, mai ales că una din caracteristicile persoanei psihopate este că toate funcțiile sale psihice nu se deosebesc esențial de funcțiile așa-zisului nor-

mal. Persoană anormală este atît cea inferior dotată temperamental și caracterial, cît și cea superior dotată". Desigur că din punct de vedere funcțional cît și al structurilor psihice atît psihopatul cît și nevroticul se aseamănă prin ceea ce ele au general uman, însă din punct de vedere psihopatologic, structurarea simptomelor, interrelația dintre ele și configurația lor de ansamblu este net diferită deși etiologic este dificilă de disociat.

„Artistul, omul de știință sau inventatorul care trăiește singur nu poate fi obiectul psihiatriei. Dar nici chiar dușmanii societății nu sînt, în orice condiții. inferiorii sau bolnavii. Mulți luptători politici, filozofici, sau religioși, pentru a-și stinge scopul, trebuie să lupte o bucată bună de timp, tocmai împotriva marii majorități a societății. *Psihiatrul va avea deci ca obiect de studiu numai pe acei anormali care din cauza anomaliei lor perturbă viața comunității din care fac parte, a profesiunii și a familiei lor, fără a aduce, concomitent, vreun folos vizibil. Asupra anumitor forme de manifestare antisocială, cum ar fi furtul, răzbunarea crudă, impulsivitatea furibundă, există un anumit consens la toate popoarele și în toate timpurile ; dar în ce privește noțiunea de dușman al societății, al statului sau al religiei, există diferențe prăpăstioase de la o societate la alta și de la o epocă la alta*" (subl. ns. — M.Ș.). *Am subliniat cele de mai sus pentru că elaborarea unui diagnostic de personalitate antisocială, mai ales din ultimul punct de vedere poate genera implicații deosebit de grave psiho-sociale atît pentru pacient cît și pentru medicul psihiatru.*

Abordînd aceeași problemă a relațiilor dintre psihopatie și nevroză N. Petrilowitsch se oprește asupra unui element fundamental al acestor două afecțiuni și anume acela că nici psihiatria clinică și nici psihanaliza nu au reușit să evidențieze „...pînă azi precis ceea ce este ereditar și ce este cîștigat în psihologia copilăriei" și aceasta avînd în vedere faptul că psihanaliza interpretează simptomele nevrozelor ca avînd cauzele într-un conflict infantil. Pe de altă parte, Krankl, atunci cînd efectuează logoterapia se bazează pe rezolvarea unor conflicte actuale și consideră că într-o oarecare măsură este periculos să le răscolim pe cele infantile. Stranski vorbește chiar de un fel de „atrofie prin inactivitate" cînd are loc o devalorizare a conflictelor infantile în cursul timpului, iar Wellek afirmă că o refulare reușită și îndeplinită poate fi mai curînd un element structurant, constructiv, între Eu și

materialul refulat şi nicidecum să dea naştere unei tensiuni dizarmonice, conflictuale şi în felul acesta să modeleze, diminuînd conflictul primitiv, original. Adaptarea conceptelor psihanalitice la principiile psihologiei structuraliste a avut ca efect dinamizarea fixităţii şi rigidităţii conflictuale a analizei freudiene şi tendinţa de a analiza persoana umană multilateral, atît pe planul unei secţiuni transversale actuale, cît şi verticale-ontogenetice, cu scopul de a desprinde din ierarhia neomogenă a conflictelor şi a diversităţii lor de exprimare pe planul psihismului şi comportamentului, ceea ce este specific şi nespecific, esenţial şi accidental". Aşa cum subliniază Petrilowitsch : „Nevroza poate fi stabilită numai studiind caracteriopatia care îi stă la bază. În lipsa studiului acesteia, studiul nevrozei devine, un non-sens. Din păcate clasificările de azi ale nevrozelor merg prea mult pe ideea de conflict, decît pe ideea de caracter care a făcut respectivul conflict". Stransky subliniază de asemenea faptul că *un psihopat poate face „complicaţii nevrotice"*. Deci, de aici urmează să deosebim ca fundamentală nuclearitatea egofobă a nevroticului şi nuclearitatea egofilă şi malignă particulară psihopatiei.

Se remarcă în psihiatrie deasemenea trendinţa de a fixa un anumit tip pe linia unei orientări tipologice. Dezvoltarea însă a conceptului de „tip" a avut drept rezultat că s-a ajuns la unele poziţii teoretice prea generale şi excesiv generalizatoare şi care de cele mai multe ori nu au avut un corespondent unanim acceptat în nozologia clinică. Pe de altă parte psihanaliza străduindu-se să menţină cadrul nozologic de nevroză — aşa cum este înţeles de psihanalişti — a determinat tendinţa de a se descrie o „caracterologie psihanalitică". Şi într-un caz şi în altul, greşeala constă în aceea că în loc să se caute formarea şi circumscrierea unei tipologii a anormalului, se merge direct la tipologia nevrozelor. Efectuîndu-se tipologia nevrozelor şi nu a caracterelor care stau la baza nevrozelor, psihanaliştii găsesc un mozaic de simptome, de la care nu este departe să ajungi la concluzia că simptomele nevrotice sînt egale cu cele psihopatice. De aici nu trebuie să se înţeleagă faptul că demersurile psihanalitice în problema nevrozelor îndeosebi nu au rămas valabile şi astăzi, deoarece : „Luate izolat, cîte un simptom — scrie Petrilowitsch — firește că ele sînt egale ; dar analizate structural, deci pornind de la caracterul care le-a generat, nu au de-a face nimic una cu alta". În continuare, Petrilowitsch opiniază că în ce privește

caracterul nevrotic promovat de psihanaliză ca sinonim pentru psihopatie precizează următoarele :

„Noi sîntem de părere că nu există un caracter nevrotic, ci numai persoane care pot ajunge la comportamente nevrotice. În tot cazul, reducerea tuturor nevrozelor la o experiență infantilă defectuoasă este tot atît de greșită ca și intenția de a reduce psihopatia la o singură formă clinică. Aceasta este greșeala lui Klages, care spunea că nu există psihopatii ci numai Psihopatia prin care el înțelegea un fel de a rămîne atașat patologic de deziluziile vital necesare, de neînlăturat, despre care toți normalii știu că sînt etapele necesare ale unui proces de maturizare. Fără să vrea, Klages a descris, este drept, magistral, o singură formă de psihopatie, pe megaloman. La fel ca mulți americani, Hoff este de părere că psihopatul este identic cu criminalul anafectiv. Pentru Hoff psihopatul este un om care prin agresivitățile sale este silit să ajungă într-un mod de existență delicvent sau asocial. În definiția lui Hoff psihopatul mai este un individ lipsit de frîna inhibitorie a normalului, asocial, cu agresivități masive, excitații instinctive necoordonate și neinhibate, fără tendință la dezvoltări superioare psihice, fără dorința de înregimentare într-o ordine socială, un egoist cras care de abia dacă cunoaște conceptul de iubire, care nu are nici un fel de conștiință morală sau inhibiții morale care să-l poată apăra de criminalitate. În fond aceasta nu este o definiție ; sub influența freudismului Hoff definește numai varianta extremă a psihopatiei și mai precis a punctului de vedere conceptual care se cristaliza și azi în psihiatria americană a psihopatului merican". (N. Petrilowitsch).

H. Hoff și V. Sluga considerînd că psihopatiile au un determinism polietiologic și în care nu se poate desprinde o trăsătură fundamentală, opiniază prin urmare că nici nu este bine să se discute despre psihopatii ci despre un „sindrom psihopatic" pentru care sînt particulare următoarele semne clinice de manifestare psihopatologică : „1. *imposibilitatea de stabilire a unor legături libidinale ;* 2. *absența tendințelor de progresiune ;* 3. *lipsa sau deformare a conștiinței, ceea ce are drept consecință insuficiența de structurare a „supra-eului";* 4. *lipsa completă a tensiunii interne ;* 5. *sentiment insuficient al realității, ceea ce are drept consecință fabulația mitomanică*". (subl. ns. — M.Ș.).

În ultima perioadă de timp concepția psihanalitică asupra etiologiei simptomului nevrotic constă în faptul că o tensiune

libidinală refulată sau în mod greşit direcţionată, a început să fie abandonată, Krankl, de exemplu, arată că în declanşarea nevrozelor există mai multe posibilităţi conflictuale decît cele care ţin de libido. Adler vedea în nevroză un proces de hipercompensare a complexului de inferioritate, Jung credea că nevroza se poate vindeca prin reconcilierea sa cu arhetipul; von Gebsattel apreciază că nevroticului îi lipseşte semnificaţia existenţei. Aceste concepte au scăpat din vedere în generarea nevrozelor domeniul conflictual actual, care este şi cel mai bogat în conflicte de altfel. Kretschmer a adus precizări importante în acest sens, arătînd că în viaţa omului există perioade critice ca de exemplu pubertatea, climacteriumul, involuţia, cu rol important în declanşarea nevrozelor. „Motivele cele mai dese ale nevrozelor — spune Kretschmer — sînt tensiunile puternice dintre constituţia psiho-fizică şi dintre existenţa obişnuită a omului. Şi la aceasta nu duce numai involuţia sau alte momente din viaţă, ci şi oscilaţiile obişnuite ale vitalităţii, ale fondului endogen al omului. Aici s-ar număra : felul de a vedea lumea şi viaţa a fiecărui om, imaginea pe care omul şi-o face despre randament în viaţă, orice decalaj între dorinţă şi realizare, care nu trebuie să fie decît rareori erotică. Deziluzia dintre Eul ideal şi cel care se realizează — spune Kretschmer — este cauza celor mai multe nevroze. Mai ales pentru nevroza anxioasă, opinia lui Kretschmer este deosebit de autentică ; discrepanţa între schema pe care ne-o facem despre propria noastră persoană şi cerinţele şi randamentul cerut de către mediu“ (N. Petrilowitsch).

Bumke sublinia că ar fi interesant şi urgent ca importanţă să se lămurească corelaţia dintre simptomele somatice şi fenomenele nervoase cu alură neurasteniformă pe care autorul le denumea *pseudo-nevroze*, după cum pe acelaşi fond şi cu aceeaşi frecvenţă pot să apară *pseudo-psihopatii*. La fel psihoza maniaco-depresivă sau schizofrenia pot „lucra“ cu „materialele nevrotice“ şi se pot manifesta ca o *pseudo-nevroză-schizofrenoidă* după opinia autorului.

Pe baza celor de mai sus, Petrilowitsch scrie : „Conceptul de nevroză trebuie rezervat numai pentru acele manifestări, reacţii şi trăiri patologice şi dezvoltări patologice ale persoanei, la care refularea (în sens strict freudian) intră în joc, în care simptomul este totdeauna o mască care-şi are originile în tensiunile intra-psihice“.

„...În felul acesta ne apropiem de definiţia nevrozelor dată de Rumke, după care nevroza este caracterizată printr-o dez-

voltare tulburată a persoanei, o fixare la o anumită treaptă a libidoului, o luptă acerbă între tendințele Eului și impulsurile imature ale sinelui, simptome care sînt cînd expresia voalată a tendințelor refulate, cînd apărarea disperată împotriva unor irumperi neprevăzute ale acestor tendințe. Prin această definiție a lui Rumke este clar că nevroza trebuie scoasă definitiv din cadrul reacțiilor psihogene anormale, pentru că la acestea din urmă este vorba de reacții lucide, limpezi în ceea ce privește relația cauză-efect, care nu se referă niciodată la evenimente refulate" (N. Petrilowitsch).

În psihiatria contemporană un loc aparte îl ocupă *nevrozele de caratcer,* sau *caracterul nevrotic.* Pentru problema care ne interesează se impune o diferențiere între nevrozele de caracter sau caracterul nevrotic față de manifestările psihopatice. H. Binder sublinia că nevrozele de caracter au corelație strînsă cu condițiile dificile de mediu afectiv și pentru aceasta el le denumea „aspirații specifice, cu un conținut deosebit de concret" și care stă în corelație cu situația precisă. Aceste trăsături ale concretului și evidentului dintre cauză și efect lipsesc psihopatiei, care apare ca o tulburare mult mai profundă, corespunzînd unei emoționalități anarhice și primitive. Hoff consideră că nevroza atinge numai o parte a persoanei, iar Wyrsch diferențiind mai fin psihopatia de caracterul nevrotic consideră : „Caracterul nevrotic este expresia unui anumit fel de atitudine față de lume, atitudine față de care individul ia o anumită poziție morală, cu sentimentul de culpă sau chiar de profit. Toate acestea lipsesc psihopatului de vreme ce caracterul nevrotic are și o conștiință a bolii, dacă nu chiar (așa cum spune Hoff) o exagerată conștiință a bolii. În această ordine de idei ținem să subliniem că trebuie să fim foarte rezervați în ceea ce privește posibilitatea modelării temperamentului și caracterului în funcție de mediul exterior" (N. Petrilowitsch).

Curentele psihiatrice exagerează rolul psihogenezei multor simptome, iar multe clasificări sînt genetic pur psihanalitice (bazate pe stadiile de dezvoltare ale libidoului). De aceea, se realizează endocrinopatiile și anomaliile funcționale somatice (nevrotism). Și curentele nepsihanalitice caută să definească nevrozele după criterii injuste.

Pentru Sullivan prezintă interes etiologic numai deranjarea relațiilor interumane în prima copilărie ; pentru K. Horney este vorba despre anxietatea bazală și asigurarea împotriva ei ; pentru Fromm este furstrarea Eului consecutiv unei

autorităţi exagerate. Toate aceste curente generalizează la maximum noţiunea de nevroză, anulînd-o din şi prin această cauză pe cea de psihopatie.

Tot mai mulţi autori au arătat în ultimul timp că psihopatia înseamnă comportament antisocial (Levine, Henderson, Sprague, Sadler, Caldwel, Cason, Rodgers). Dar în psihiatria elveţiană s-a ajuns la formulări contradictorii din punct de vedere al criteriului social şi din acest moment psihopatiile au fost numite „nevroze de caracter de un tip aparte, în care din cauza unor condiţii educative, libidoul rămîne fixat la o fază timpurie, în timp ce Eul şi Supra-eul dau dovadă de o dezvoltare defectuoasă şi slăbiciune, motiv pentru care sînt silite să lase libere gratificările libidinale ale binelui" (H. Binder, după Weiss, English, Maugas, Rose, Repond, Humbert).

Doi autori care s-au ocupat mult de *terapeutica psihanalitică la psihopaţi,* Krapmen şi Cleckley, au arătat că această acţiune este inutilă. Aceasta este cauza pentru care au arătat că există două categorii de psihopatii simptomatice, care sînt de fapt caractere nevrotice cu o faţadă psihopatică şi care *nu pot fi tratate psihanalitic, deoarece ereditatea este foarte puternică şi nu poate fi influenţată.* Cu alte cuvinte, psihoterapia în psihopatii este ineficientă.

Mayer-Gross, Slater, Roth consideră că psihopatia este pierderea definitivă a echilibrului afectiv, iar nevroza este tot o tulburare afectivă, care se poate reechilibra prin însăşi forţa nivelatoare a acelui individ. De aici şi rolul benefic al psihoterapiei în nevroze.

Problema delimitării unor reacţii şi dezvoltări de natură psihogenă ca modalităţi universale de reacţie ale psihicului uman, rămîne de o particulară importanţă, dacă avem în vedere că o reacţie de tip nevrotiform poate fi de cele mai diverse etiologii şi în cadrul unor manifestări la interferenţa cu normalitatea, reacţii care pot aparţine atît psihopatiilor, cît şi oligofreniilor de limită superioară şi cu atît mai mult hipofreniilor. Pe de altă parte simptomatologia nevrotică împrumută elemente importante simptomatologiei psihopatiei îndeosebi atunci cînd psihopatia se află în stadiile ei iniţiale de dezvoltare prepsihopatică. Şi, în al treilea rînd, simptomatologia nevrotiformă ca şi cea psihopatiformă, ambele împrumută trăsături particulare caracteristice unor tulburări psihice majore, atunci cînd atît nevroza cît şi psihopatia semnează debutul acestor tulburări psihice în care

este sau începe să se dezvolte procesual unele boli psihice grave, cu alterarea profundă a discernămîntului asupra propriei persoane și asupra modalităților de realizare a relațiilor exterioare naturale și sociale. În al patrulea rînd, cu atît mai mult modalitatea reactivă sau de dezvoltare nevrotică sau nevrotiformă, psihopatică sau psihopatiformă, poate să se desfășoare pe fondul unor suferințe somatice, viscero-umorale, metabolice sau neurologice, care constituie cele mai frecvente ocazii de apariție a unei patologii psihice de tip marginal nevrotiform sau psihopatiform.

Toate cele de mai sus demonstrează variabilitatea modalităților etiologice de natură endogenă, exogenă sau endo-exogenă la care poate reacționa, ca modalitate de răspuns adaptativ și cu nebănuite riscuri dezadaptative, psihicul uman. De aici decurge de asemenea necesitatea de a analiza în mod detaliat cauzele directe și indirecte etiologice de natură predominant biologică (endogenă, exogenă, endo-exogenă inclusiv psiho-socială), sub aspectul implicării în reacție, dezvoltare sau proces în raport de particularitățile premorbide ale personalității iar sub aspect evolutiv, luînd în considerare nivelele ierarhice de a reacționa în planul reglărilor adaptative psiho-neuro-endocrino-umorale, necesitatea activității clinice în echipă unitară de biologi, psihologi și sociologi, capabilă să abordeze personalitatea ca totalitate concretă de manifestări umane și pe tot parcursul dezvoltării sale ontogenetice.

Tulburările psihice la interferența cu normalitatea de natură predominant endogenă se exprimă ca modalități disfuncționale calitativ diferite de normal dar care prin dizarmonia lor nu angajează perturbarea conștiinței de sine și respectiv a discernămîntului asupra propriei persoane și interrelațiilor sociale. De aici și dificultatea calificării unor asemenea dizarmonii sub termeni atît de diverși, dar totuși atît de lipsiți de specificitate prin generalizările pe care le cuprind și prin diferențele de gen proxim și diferență specifică de care sînt lipsite deseori, determinînd astfel dificultăți de încadrare nozologică.

O altă caracteristică, atunci cînd se discută reacțiile și dezvoltările anormale se va avea în vedere îndeosebi caracterul lor versibil, particular, îndeosebi nevrozelor, deși o anumită reversibilitate a decompensărilor psihopatologice se poate observa evolutiv și în cazul psihopatiilor. Noi considerăm că nu este vorba de o reversibilitate cît mai ales de o atenuare a manifestărilor psihopatologice.

Majoritatea autorilor atrag atenţia asupra caracterului funcţional al tulburărilor psihice la interferenţa cu normalitatea şi accentuează caracterul organic al tulburărilor psihice majore. Considerăm că o asemenea abordare principial nu are un temei teoretic fundamental just, iar din punct de vedere practic nu are o confirmare clinică, dacă avem în vedere caracterul de interdependenţă obligatorie dintre morfologie şi funcţional. Afirmînd caracterul predominant constituţional al unor asemenea perturbări la interferenţă cu normalitatea se recunoaşte substratul lor material, dar atunci cînd se recurge la explicaţii fiziopatologice se accentuează asupra funcţionalului făcînd abstracţie de substratul material incriminat constituţional ca deficitar, ceea ce de multe ori face ca diagnosticul diferenţial să nu devină o obligaţie de investigaţie clinică, ci pur şi simplu de discuţie academică. Tocmai aici vine şi se manifestă o altă contradicţie care afirmând caracterul funcţional al tulburărilor psihice la interferenţă cu normalitate şi caracterul organic-procesual al tulburărilor psihice majore, se atribuie un caracter de reversibilitate primului tip de tulburări şi de stabilitate celui de al doilea grup deşi chiar în stările procesuale evoluţia este remitentă, intermitentă sau cronică.

În altă ordine de idei se consideră că perturbarea funcţională care ar caracteriza tulburările psihice la interferenţă cu normalitatea (nevroze, psihopatii), ar consta din punct de vedere fiziopatologic dintr-o slăbire sau perturbare a activităţii nervoase superioare, în timp ce în cazul fenomenelor procesuale, dat fiind caracterul de organicitate, ar fi cu totul alte mecanisme fiziopatologice. Desigur că nu putem să nu fim de acord asupra eventualei diferenţe fiziopatologice în explicarea tulburărilor psihice care alcătuiesc diferitele categorii nozologice ale patologiei psihiatrice, după cum nu este exclus să asistăm, după cît se pare, la diferite alte modalităţi de producere a suferinţelor psihice, însă în ambele cazuri este vorba de acelaşi substrat morfo-funcţional cerebral şi atunci fenomenele de parabiotizare îşi au locul lor particular în aceste afecţiuni. În esenţă din punctul de vedere al fiziopatologiei generale este vorba de calităţi diferite ale fenomenelor parabiotizante pe care le realizează perturbarea, diferită etiologic a substratului cerebral şi care se reflectă în mod calitativ diferit, în ultimă instanţă, asupra sistemului psihic al personalităţii pe care-l implică în funcţionalitatea sa reflectoriu-integrativă şi anticipativă la diverse nivele, cu rezonanţă parti-

culară asupra modalităților comportamentale în raport cu lumea. Corelativ se vor structura diferit reactivitatea psihică și conștiința de sine cu parametrii săi funcționali diferiți din punctul de vedere al structurării valorice în raport cu exigențele conștiinței sociale și în relație cu capacitatea funcțională cerebrală perturbată. Nu știm prea bine cum se structurează această conștiință de sine în raporturile dintre ceea ce este moștenit și ceea ce este cîștigat în structurile psihice, după cum de asemenea nu știm cum se face că intervenția unor factori etiologici diferiți cu acțiune nocivă asupra sistemelor organismului pot să determine în plan psihic, modificări atît de diverse din punct de vedere calitativ și care justifică parțial totuși încadrările nozologice atît de diverse. Credem noi că aici se manifestă dramatic dificultățile metodologice în abordarea tulburărilor psihice în general și în mod cu totul particular în ceea ce privește tulburările psihice la interferență cu normalitatea.

Studiind bolile psihice, noi cunoaștem mai bine modul lor de manifestare pe plan patologic, dar cunoaștem mai puțin normalul din punct de vedere al structurărilor sistemului psihic, al disfuncționalităților sale în parametrii totuși ai unei normalități psihice și de aici numeroasele confuzii la care se pretează îndeosebi patologia la interferență cu normalitatea.

Elementele superioare ale sistemului psihic al personalității sînt cel mai frecvent implicate și solicitate în orice proces de asimilare și acomodare adaptativă în cursul echilibrărilor permanente prin acțiune anticipativă pe care le realizăm ideo-afectiv și practic cu realitatea naturală și socială. Se știe în acest sens că în nevroze sînt implicate funcțiile superior diferențiate ale personalității, ca de exemplu conștiința de sine, autoaprecierea, aprecierea și autocontrolul în raport cu conștiința socială, perturbări ale dispoziției în sensul centrării neliniștite asupra propriului Eu în care sînt implicate nivelele emoționale superior elaborate legate de conștiință, gîndire și limbaj și în care fenomenele afective de substructură afectiv-emoțională elementară chiar dacă apar și se manifestă ca anxietate sau angoasă, cu corelatele lor vegetative și cu componentele lor de perturbare a funcțiilor intero, extro și prepriceptive, în sinteza lor superioară emergenitiv-imergentivi, nu determină totuși perturbarea sistemului valoric de raportare a personalității în consens cu normativitatea socială, nu irup în comportamente conflictuale aberante sociale și chiar dacă uneori conflictualitatea intrapsihică

este de o amploare și intensitate deosebită, pînă la decompensările anxioase, angoasante sau depresive ale nevrozelor. nu reușesc decît să scadă tonusul psihologic, să perturbe armonia interioară a sistemului psihic în sensul unei preocupări exagerate egofobice, de criză existențială, centrată eventual tanato-fobic asupra sa, dar această structurare nu devine prin aceasta contradictorie în raport cu normativitatea axiologică socială. Fără a adopta un punct de vedere jacksonian în explicațiile acestor fenomene vom reaminti totuși că în nevroze spre deosebire de psihopatii manifestările de psihism elementar instinctiv-emoțional sînt ținute sub controlul unei conștiințe de sine care nu-și pierde valențele sale superioare de integrare socială armonică. Dizarmonia personalității nevrotice care este și ea reală, se raportează îndeosebi la trăirile subiective din ansamblul universului psihic al unei personalități capabilă de a realiza funcția realului și la care operațional, chiar dacă sistemele subjacente ale sistemului psihic operează transformări din nivelul cognitiv în cel afectiv, acestea nu ating ca în psihopatii nivelele la care memoria ancestrală să se organizeze în nivele preconceptuale, prerafionale, de comportament infantil, cu expolizivități instinctiv-emoționale care vin în contradicție flagrantă cu o conștiință de sine precară în valențele sale sociale și încărcată de ceea ce este primar și inferior structurat în eul personalității, eu psihologic structurat fundamental la nivelul unor trebuințe și motivații a căror coroană se află foarte aproape de rădăcinile solului și reactivității bio-psihice elementare și a cărei forță și inerție nu poate fi atît de ușor înfrînte de educație și nici de o conștiință de sine care se structurează deficitar încă de la început și care se manifestă ca atare pe tot parcursul existenței individuale, se decompensează cu mult mai frecvent în confruntările cu normativitatea socială comparativ cu ceea ce se petrece în cursul nevrozelor.

În cele de mai sus am considerat și avem în vedere că în cadrul sistemului psihic nu există funcții izolate, că fiecare funcție psihică de la cele bio-psihice elementare, primitive și pînă la funcțiile superior organizate și diferențiate ale conștiinței de sine și ale conștiinței sociale, include funcția și funcțiile subjacente îmbogățind fiecare nivel cu posibilități de prelucrare a informațiilor superioare comparativ cu cele inferioare, dar modelîndu-le și pe acestea prin legăturile inverse emergentive și imergentive ce se realizează în mod diferențiat, nivelele inferioare la rîndul lor influențînd pe cele superioare. Din această conlucrare se realizează armonia sau dizarmonia

sistemului psihic în corelaţie funcţională cu starea iniţială a activităţii nervoase superioare şi cu calităţile particulare modelator-formative ale influenţelor de mediu social, indestructibil legate cu condiţiile biologice şi psihologice ale personalităţii.

Bolnavii cu tulburări psihice marginale, reprezintă numeric cea mai mare parte a bolnavilor psihici aflaţi în evidenţa instituţiilor medicale psihiatrice fiind apreciată la 26% după datele lui Measiscev (1962), iar după I. D. Bogatîrcu (1967) această incidenţă este de 28,5% dintre care 17,2% în evidenţa neurologilor şi 11,3% a psihiatrilor.

P. Brânzei şi M. Şelaru studiind dinamica sindroamelor nevrotice în municipiul Iaşi în perioada anilor 1960—1969 şi comunicată la Academia de Ştiinţe Medicale, precizau că studiul nostru se referă la un număr de 19 820 bolnavi cu diagnosticul de nevroză aflaţi în evidenţa Serviciului de Sănătate Mintală (Staţie Pilot OMS) a Spitalului clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi. Din totalul bolnavilor aflaţi în evidenţă, un număr de 9 868 provin din centralizarea documentelor medicale aflate la dispensarele medicale din întreprinderi, circumscripţii sanitare şi a policlinicilor municipiului Iaşi, restul pacienţilor fiind internaţi pentru prima oară în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi.

Scopul studiului efectuat de noi a vizat dinamica sindroamelor nevrotice, incidenţa lor pe sexe ,grupe de vîrstă, particularităţi clinice de manifestare, implicaţiile suferinţelor viscero-humorale şi semnificaţia acestora în psihosindroamele nevrotice, ca şi evoluţia clinică a acestei boli generatoare de eşec adaptiv-instructiv-educativ şi socio-profesional.

Referindu-ne la repartiţia pe grupe de vîrstă a celor 19 820 bolnavi studiaţi de noi, vom observa următoarea repartiţie :

Aşa cum rezultă din tabel se constată pe ansamblu o predominenţă a sexului feminin (57%) faţă de sexul masculin (43%). Remarcăm, de asemenea, elaborarea diagnosticului de nevroză la vîrsta de 0—5 ani pentru o serie de suferinţe prin deficit encefalic, fapt care ni se pare că necesită încă cercetări clinice şi de laborator în vederea elucidării unor aspecte etiopatogenice ca şi diagnostice.

Ceea ce ne apare însă în mod evident, dacă ne raportăm la distribuţia pe grupe de vîrstă, vom observa o oscilaţie stadială a incidenţei diagnosticului de nevroză, oscilaţie care corespunde, în general, acelor grupe de vîrstă în care au loc evidente procese de ordin bio-psiho-social.

Astfel, constatăm o creştere graduală a incidenţei nevrozelor începînd de la vîrsta de 6—10 ani pentru a ajunge la un maximum în grupa de vîrstă 11—15 ani (8,91%) faţă de

Tabel nr. 1

Grupa de vîrstă	masculin		feminin		total	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%
0—15	389	4,33	266	2,34	655	3,30
6—10	811	9,53	550	2,34	1 361	6,86
11—15	817	9,59	949	8,36	1 766	8,91
16—20	308	3,62	377	3,36	685	3,45
21—25	540	6,34	740	6,50	1 280	6,45
26—30	833	9,79	1 257	11,10	2 090	10,54
31—35	1 169	13,74	1 749	15,41	2 918	14,57
36—40	1 126	13,16	1 752	15,50	2 882	14,54
41—45	815	9,57	1 423	12,50	2 238	11,29
46—50	616	7,24	984	8,68	1 600	8,07
51—55	469	5,51	523	4,62	992	5,00
56—60	364	4,04	370	3,27	734	3,70
61—65	166	1,95	198	1,65	364	1,83
65—70	62	0,73	114	1,01	176	0,88
71—75	24	0,29	31	0,64	55	0,28
76+	9	0,11	15	0,13	24	0,12
TOTAL	8 518	99,55	11 308	100,00	19,820	99,89

6,86% la 6—10 ani. După opinia noastră, această incidenţă crescută ţine de modificările biologice şi psihologice care ţin de pubertate şi respectiv de adolescenţă, cu edificarea deplină a conştiinţei de sine şi a valenţelor sociale ale personalităţii. Modificările neuro-endocrino-umorale care caracterizează perioada de vîrstă 11—15 ani au un răsunet negativ pe plan psihic în condiţiile de solicitare pe care le presupune procesul instructiv-educativ, a unor tare biologice preexistente sau a unor condiţii precare psiho-sociale, îndeosebi familiale.

Frecvenţa psihosindroamelor nevrotice scade spre vîrsta de 16—20 ani la 3,45% pentru a cunoaşte din nou o tendinţă spre o discretă creştere între 21—25 ani (6,45%), care corespunde fenomenelor oscilatorii adaptative instructiv-educative şi socio-profesionale. Aşa cum demonstrează studiile noastre privind incidenţa psihosindroamelor nevrotice la stu-

denții centrului universitar Iași pe o perioadă de 10 ani, cel mai frecvent (50%) diagnosticul de nevroză a fost întîlnit la studenții anului I, (24%) la studenții anului II, restul distribuindu-se celorlalți ani de studiu. Aceste rezultate demonstrează rolul și necesitatea orientării școlar-profesionale, ca și necesitatea unor măsuri ferme de sănătate mintală privind munca intelectuală și de evitare a suprasolicitărilor în perioada de trecere de la statutul și rolul de elev la cel de student. Același fenomen de oscilație adaptativă a fost constatat de noi într-un studiu efectuat pe un număr de 2000 angajați de la Combinatul de fibre sintetice Iași.

Așa cum se desprinde din tabelul de mai sus, maximul de frecvență a psihosindroamelor nevrotice se observă la grupele de vîrstă 31—35 și 36—40 ani cu valorile de 14,57% și respectiv 14,54%. Aceste valori descresc gradual, pentru ca după 50 de ani să constatăm o frecvență de 5% din totalul cazurilor în evidență.

Incidența maximă a sindroamelor nevrotice în decada 31—40 ani se corelează cu alte studii ecologo-epidemiologice efectuate de către Serviciul de Sănătate Mintală Iași, prin care s-a evidențiat că frecvența mai mare apare și în alte boli psihice, particularitate care se explică, după opinia noastră, prin solicitarea și responsabilitatea socială maximă a personalității umane în această decadă, ca și prin modificările de ritm biologic și psihologic particular acestei decade.

Se constată, de asemenea, din datele expuse în tabelul de mai sus, unele caracteristici ale psihosindroamelor nevrotice în raport de sex. Astfel, în copilărie și adolescență se remarcă o mai mare incidență a sindroamelor nevrotice la băieți ; valorile devin sensibil egale în perioada 26—25 ani, pentru ca în perioada 25—50 ani din nou să constatăm o predominență oscilatorie în balanță pentru sexul feminin, iar după 50 de ani din nou să înregistrăm o predominență a psihosindroamelor nevrotice pentru sexul masculin, în determinismul cărora traumatismele cranio-cerebrale și alcoolismul ocupă un loc important.

Aceleași constatări se desprind și din tabelele de mai jos cu privire la repartiția pe grupe de vîrstă și sexe a bolnavilor în evidență internați sau în evidență ambulatorie :

Tabel nr. 2

Grupa de vîrstă	masculin				feminin			
	internați		reinternați		internați		reinternați	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr.	%
0— 5	10	0,22	256	3,68	16	0,31	373	8,24
6—10	27	0,61	525	7,53	70	1,75	741	16,36
11—15	131	4,01	818	11,78	132	3,30	685	15,14
16—20	223	5,19	154	2,21	219	5,49	89	1,96
21—25	469	10,74	271	3,90	418	10,48	122	2,69
36—30	714	16,70	543	7,81	547	13,71	286	6,32
31—35	815	18,67	934	13,45	651	16,32	518	11,45
36—40	722	16,54	1 040	14,97	638	15,99	482	10,65
41—45	516	11,82	907	13,06	449	11,24	366	8,09
46—50	357	8,10	627	9,02	309	7,74	307	6,78
51—55	222	5,09	303	4,33	308	7,72	161	3,55
56—60	100	2,20	270	3,88	159	3,98	205	4,53
61—65	34	0,77	164	2,36	48	1,20	118	2,60
66—70	19	0,43	95	1,36	15	0,37	47	1,03
71—75	4	0,09	27	0,38	4	0,10	5	0,11
75+	1	0,02	14	0,20	5	0,12	19	0,42
Total	4 364	99,95	6 944	99,92	3 988	99,82	4 524	99,92

După anul luării în evidență și după repartiția pe sexe, cele 10 126 consultații se distribuie astfel :

Tabel nr. 3

Anul	masculin		feminin		total	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%
1960	278	7.04	479	7,47	757	7,47
1861	406	10,92	696	10,85	1 101	18,77
1962	440	11,08	932	14,53	1 372	13,54
1963	313	8,04	603	9,40	916	9,46
1964	301	8,10	529	8,25	830	8,19
1965	224	6,27	283	4,40	507	5,00
1966	247	6,64	575	8,97	822	8,11
1967	674	18,11	1 055	16,46	1 729	17,74
1968	412	11,80	684	10,67	1 096	10,82
1969	422	11,35	574	8,95	996	9,83
Total	3 716	99,35	6 410	99,94	10 126	99,93

Conchizînd asupra datelor de mai sus rezultă că o atenție particulară trebuie acordată acțiunilor de sănătate mintală în perioada 11—16 ani, 21—25 și 31—40 ani, cu predominența masculină la adolescență, feminină pentru perioada 25—50 ani și din nou o predominență a sexului masculin după vîrsta de 50 ani.

Dintr-un total de 9 868 bolnavi cu diagnosticul de nevroză aflați în evidență ambulatorie, au fost consultați în primul an al luării în evidență o singură dată 9 614 (97,3%) bolnavi, de două ori 250 (2,5%) bolnavi și de 3 ori 4 (0,04%) bolnavi. În total au fost acordate un număr de 10 126 consultații, ceea ce reprezintă 1,02 consultații în medie pe bolnav.

În anii următori, cei 9 868 bolnavi în evidență ambulatorie au fost reconsultați după cum urmează : în primul an 2,5%, în al 2-lea an 1,5%, în al 3-lea an 0,8%, în al 4-lea an 0,6%, în al 5-lea an 0,7%, în al 6-lea an 0,5%, în al 7-lea an 0,3%, în al 8-lea an 0,16%, în al 9-lea an 0,05% din totalul inițial, realizîndu-se un număr de 10 863 consultații a căror distribuție pe ani și sexe se prezintă după cum urmează :

Tabel nr. 4

Anul	masculin		feminin		total	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%
1960	305	7,72	538	7,78	841	7,74
1961	451	11,52	864	11,05	1 215	11,19
1962	473	11,57	1 033	14,09	5 106	13,86
1963	338	8,50	665	9,62	1 004	9,24
1964	321	8,12	568	8,21	889	8,18
1965	242	6,12	306	4,42	548	5,04
1966	271	6,85	665	9,62	936	8,61
1967	705	17,94	1 110	15,91	1 805	1,661
1968	421	10,65	699	10,11	1 120	10,31
1969	423	10,70	574	8,30	997	9,81
Total	3 951	99,98	6 912	99,11	10 863	99,96

Media consultațiilor a fost de 1,10 pe bolnav.

Referindu-ne la dinamica internărilor la Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iași a unui număr de 8 360 bolnavi, în perioada 1960—1970 vom constata că au fost internați o singură dată 5 540 (66,8) bolnavi, de două ori 1 179 (14%) bolnavi, de

trei ori 343 (3,7%) bolnavi, de patru ori 117 (1,4%) bolnavi, de cinci ori 59 (0,17%) bolnavi și de peste cinci ori 66 (0,76%) bolnavi. Cei 8 360 bolnavi au realizat un număr de 11 210 internări, ceea ce reprezintă în medie 1,3 internări pe bolnav, cifră ce se apropie de valoarea de 1,1 pe care am constatat-o mai sus, în ce privește consultațiile.

Au fost reinternați în primul an (de la prima internare) 751 (1,2%) bolnavi, în al 2-lea an 779 (9,4%), în al 3-lea an 419 (5%) bolnavi, în al 4-lea an 341 (4,1%) bolnavi, în al 5-lea an 198 (2,3%) bolnavi, în al 6-lea an 158 (1,8%) bolnavi, în al 7-lea an 131 (1,5%) bolnavi, în al 8-lea an 70 (0,8%) bolnavi, iar în al 9-lea an 32 (0,3%) bolnavi ; în al 10-lea an 11 (0,13%) bolnavi.

Distribuția pe grupe de vîrstă a internărilor și reinternărilor ca și a consultațiilor cunoaște aceleași particularități oscilatorii subliniate mai sus și care sînt ilustrate în mod evident în tabelul de mai jos, care însumează distribuția totalului de consultații în raport de repartiția pe sexe și grupe de vîrstă.

Tabel nr. 5

Grupa de vîrstă	masculin		feminin		total	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%
18—20	96	1,28	51	1,18	147	1,17
21—25	903	12,11	696	16,13	1 599	13,70
26—30	786	10,54	555	12,86	1 341	11,49
31—35	1 216	16,34	720	16,45	1 936	16,59
36—40	1 480	19,85	737	17,08	2 217	19,00
41—45	1 225	16,43	483	11,42	1 718	10,57
46—50	848	11,37	386	8,94	1 234	14,72
51—55	409	5,48	212	4,91	621	4,57
56—60	276	3,70	258	5,98	534	5,32
61—65	121	1,62	122	2,82	243	2,16
66—70	65	0,87	60	1,39	125	1,07
71—75	21	0,28	15	0,34	36	0,30
76—80	6	0,80	5	0,11	11	0,09
80+	2	0,02	4	0,09	6	0,05
Total	7 454	99,96	4 214	99,70	11 668	99,80

Datele expuse mai jos se corelează cu o serie de studii efectuate de către Serviciul de Sănătate Mintală în cadrul te-

maticii sale generale privind prezervarea sănătății mintale, luînd ca element de referință starea de morbiditate prin psihosindroame în interferență cu normalitatea la un număr de 21 335 angajați.

Din datele acestui studiu a rezultat că frecvența diagnosticului de nevroză față de numărul total de angajați a variat de la o întreprindere la alta, în proporție de 1,80—28,36%, fără a se desprinde preliminar elemente obiective psihiatrice care să justifice elaborarea diagnosticului respectiv.

Dintr-un total de 13 567 bolnavi cu diagnostice psihiatrice aflați în evidențele primare ale policlinicilor, cabinetelor medicale de întreprinderi și a circumscripțiilor sanitare, o proporție de 86% o formau bolnavii cu diagnosticul de nevroză (88,73% pentru femei și 81,55 pentru bărbați). Cercetîndu-se antecedentele somatice preexistente formulării diagnosticului de nevroză s-a constatat că într-o proporție de 64,49% prezentau antecedente viscero-humorale semnificative (68,17% pentru femei și 57,71% pentru bărbați). De remarcat că, pe măsura înaintării în vîrstă, proporția de bolnavi cu suferințe viscero-humorale manifeste crește de la 38% la vîrsta de 21—25 ani, la 100% în grupa de vîrstă 76—80 ani pentru femei și respectiv de la 23,56% la aceleași grupe în cazul bolnavilor de sex masculin.

La policlinica municipală Iași proporția implicațiilor somatice în diagnosticul de nevroză a fost de 70,1% (respectiv 72,83% pentru femei și 69,75% pentru bărbați) cu aceleași particularități în ce privește creșterea incidenței suferințelor viscero-humorale pe măsura înaintării în vîrstă, în timp ce la policlinica pentru întreprinderi proporția suferințelor organice a fost, pe ansamblu, de 61,22% (66,44% pentrru femei și 52,02% pentu bărbați). O situație inversă se obține în cazul populației studențești, unde se constată că sindroamele nevrotice dezvoltate în context somatogen dețin o proporție de 34,83% (38,14% pentru sexul feminin și 31,95% pentru sexul masculin).

Cercetînd pe o populație activă de aproximativ 21 000 angajați proporția zilelor de incapacitate temporară de muncă în decurs de un an, pe baza certificatelor medicale de invaliditate eliberate de diferitele instituții de asistență medicală din municipiul Iași se constată că diagnosticul de nevroză reprezintă, în ansamblul ei, 5,68%. Implicațiile suferințelor viscero-humorale evidente în aceste cazuri reprezintă 59,4% (63,67% pentru femei și 48,1% pentru bărbați).

Raportîndu-ne la cabinetele medicale de întreprindere, diagnosticul de nevroză oscilează de la 1,8% pînă la 28,36% din totalul pacienţilor aflaţi în evidenţă, iar în ce priveşte prezenţa concomitentă cu diagnosticul de nevroză a suferinţelor somatice, de asemenea, importante variaţii ce se exprimă de la 37,38% pînă la 90,04% din totalul diagnosticelor de nevroză formulate.

Dintre cele mai frecvente maladii somatice pe fondul cărora s-a dezvoltat simptomatologia nevrotiformă au fost printre altele : bolile endocrine 27,59%, ale aparatului digestiv 21,79%, ale aparatului locomotor 19,18%, boli neurologice 10,69%, boli ale aparatului respirator 8,66%, boli ale aparatului genital 7,93%, boli cardio-vasculare 7,85% etc.

De remarcat că incidenţa suferinţelor de natură endocrină este mai crescută în grupa de vîrstă 46—50 ani, cele digestive în perioada 36—40 ani, iar incidenţa bolilor cardiovasculare începe să crească de la 50 ani pentru bărbaţi şi 60 ani pentru femei. Se constată de asemenea, pentru bolile cardiovascuiare un vîrf de frecvenţă oarecum mai crescut în perioada de grupă 26—30 ani pentru bărbaţi şi de 21—25 ani pentru femei.

Datele expuse constituie, pe de o parte dovada eficienţei crescînde a asistenţei psihiatrice, iar pe de altă parte atrage atenţia asupra semnificaţiei diagnosticului de psihosindrom nevrotic cu frecventele sale implicaţii somatice (peste 70%), care nu întotdeauna sînt sesizate şi rezolvate în mod corespunzător unui criteriu tridimensional în asistenţa situaţiilor psihiatrice de limită.

Normalitatea sau anormalitatea psihică sub aspectul definirii şi calificării comportă totdeauna o judecată de valoare, care presupune explicit sau implicit criterii şi concepte de referinţă, ce diferă de la o epocă la alta, în funcţie de nivelul cunoştinţelor despre om, natură şi societate. Formularea criteriilor de apreciere a normalităţii sau anormalităţii psihice s-ar părea că ţine în mod esenţial de conceptul fundamental adoptat în ceea ce priveşte noţiunea de personalitate, cu toate implicaţiile sale structural-funcţionale. Modalităţile de a concepe personalitatea s-au reflectat în felul de a înţelege şi aprecia cauzalitatea bolii psihice şi respectiv a anormalităţii psihice. Concepţiile fundamentale despre om şi-au lăsat amprenta asupra modului de a înţelege şi explica suferinţele sale. Din acest punct de vedere şi în raport de nivelul cunoştinţelor umane, au fost formulate criterii şi concepte predominant

biologice, psihologice sau sociologice, atît pentru explicarea personalității, cît și a bolilor psihice (și nu numai psihice).

Este un adevăr unanim recunoscut că omul a cunoscut mai bine macro și microstructurile lumii înconjurătoare, dar a pătruns cu mult mai greu în macro și microstructurile universului său spiritual. Totuși, eforturile cunoașterii umane asupra propriei sale alcătuiri au progresat continuu și de la cunoașterea fărîmițată, parcelară, din care nu au lipsit conceptele de unitate structural-funcțională cu variantele sale impresionante sub aspect calitativ și cantitativ, s-a ajuns treptat la formularea unor concepte integrative, care vizează în mod fundamental caracteristicile esențiale ale ființei umane, așa cum se desprind ele din științele antropologice. Înțelegerea determinist-științifică a raporturilor dintre om și natură, dintre om și societate, ca și explicarea determinist-științifică a esenței umane și a psihismului, a raporturilor dintre biologic și social, au permis conceperea omului ca ființă bio-psiho-socială.

Conceptul bio-psiho-social despre om și respectiv despre personalitate este un concept integrativ, formulat în cultura română, în baza celor mai valoroase tradiții, care caracterizează spiritualitatea sintetică a culturii românești.

Înțelegînd personalitatea ca un ansamblu unitar de trăsături biologice, psihologice și sociale sub aspectul dialectic al interdependenței și intercondiționării lor reciproce, unitare și contradictorii, considerăm că pe această bază se poate formula metodologia corespunzătoare unei abordări multidisciplinare a normalității și anormalității psihice, a etiologiei plurifactoriale a bolilor psihice, ca și a mijloacelor de profilaxie și tratament.

În sensul celor de mai sus, personalitatea apare ca rezultantă a interacțiunii dintre trăsăturile biologice moștenite, predominant ereditare și influențele culturale asimilate de individ și transformate în modalități individuale de conduită, reflectoriu exprimate în particularitățile calitativ diferite ale activității psihice. Cultura materială și spirituală constituie elementele de continuitate ale vieții sociale, matricea modelator-formativă a personalității, ca și substratul material utilizat de fiecare individ în acțiunile sale. Armătura esențială a personalității este de natură socială, în timp ce mecanismele sale materiale, funcționale sînt de natură biologică ; nivelul de integrare reflectorie anticipativă fiind dependent, în ultimă instanță, de nivelul calitativ diferit în care

se realizează îmbinarea armonioasă dintre aptitudini și atitudini, dintre elementele vectoriale, orientativ-reglatorii și cele instrumentale operativ-executorii pe canavaua motivațională orientativă și de autoreglaj a fiecărei persoane în parte și care dau sens diferit de concordanță sau dezacord intra și extrapsihic în dinamica statusului și rolurilor împlinite.

Abordarea concomitentă etiologică, sindromatică și atitudinală în perspectiva conceptului bio-psiho-social a bolii psihice va releva predominența determinantă fie a elementului biogen, psihogen sau sociogen, cu implicarea consecutivă sau concomitentă a celorlalte două elemente din această triadă unică și unitară, ceea ce permite în plan clinic abordarea problemelor de etiologie, încadrare nosologică, profilaxie și terapeutică diferențială.

Incidența cea mai crescută a sindroamelor nevrotice s-a constatat la grupele de vîrstă 36—45 ani, adică la vîrsta de maximă responsabilitate socială și de neacomodării biologice.

Datele expuse pledează în sensul punctului de vedere metodologic pe care-l implică conceptul bio-psiho-social despre personalitate și despre boala psihică în sensul înțelegerii operaționale a elementelor sale structurale fundamentale în perspectiva acțiunilor de sănătate mintală.

Studiul internărilor pe o perioadă de zece ani (1960—1969) în spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iași, arată că au fost admiși pentru prima oară un număr de 26 649 bolnavi, dintre care 8 360 bolnavi cu psihosindroame nevrotice. Pe ansamblu, nevrozele ocupă primul loc (22,81%), în raport cu structura nosologică a internărilor.

Raportându-ne la municipiul Iași se constată că au fost internați pentru prima oară, în aceeași perioadă, un număr de 8 362 bolnavi, dintre care 2 922 bolnavi de nevroze, reprezentînd, în raport cu totalul internărilor, o proporție de 36,24%, dintre care 30,50% sînt de sex masculin și 69,49% de sex feminin.

Laboratorul de Sănătate Mintală are în evidența sa un număr de 11 168 cazuri cu diagnosticul de nevroză, provenite din centralizarea consultațiilor de la policlinicile, cabinetele medicale de întreprindere și circumscripțiile sanitare ale municipiului Iași, ca și din internările în Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iași, aceasta reprezentînd o incidență de morbiditate de 5,23% pentru municipiul Iași.

Studiul efectuat de M. Șelaru, în cadrul Laboratorului de Sănătate Mintală privind incidența diagnosticului de nevroză

la Policlinica studențească Iași constată că din totalul cazurilor luate în evidență pentru prima oară, 43,73% îl reprezintă sexul feminin și 53,26% aparțin sexului masculin. Din totalul diagnosticelor formulate, diagnosticul de nevroză apare cu o frecvență de 92,59%.

Studiul nostru relevă circumstanțele esențiale :

— în primul rînd, diagnosticul de nevroză predomină la primii ani de studiu și descrește ca frecvență spre ultimii ani de studiu ; aceste date circumscriu probleme adoptative ale populației *studențești la procesul instructiv-educativ*, ca și necesitățile de profilaxie a acestor cauze de eșec ;

— în al doilea rînd, analiza fiecărui caz cu diagnostic de nevroză a evidențiat concomitent cu coeficient de 45% suferințe viscero-humorale, diagnosticul de nevroză exprimînd o sindromatică bipolară psihosomatică.

Datele obținute concordă cu o serie de cercetări efectuate în alte țări.

Astfel, M. Porot și colab., pe baza studiilor personale ca și a literaturii de specialitate constată că necesitățile psihiatrice ale spitalelor de medicină generală, oscilează între 20—60%. Aceste cercetări pledează în sensul unei strînse colaborări între psihiatrie și serviciile de medicină generală în ceea ce privește rezolvarea cazurilor de suferință psihosomatică, organizarea serviciilor de psihiatrie în spitalele de medicină generală, ca și formația psihiatrică a medicului omnipractician.

L. I. Mariceva ,studiind la Sank-Petersburg rolul factorilor somatogeni în patogeneza și evoluția nevrozelor și sindroamelor nevrotiformice pe un număr de 825 bolnavi, constată prezența suferințelor viscero-hurmonale în 65% din cazuri, iar participarea factorilor psihotraumatizanți relaționali într-o proporție de 85,9%.

Pe întreaga Franță, R. Hazeman, arată că invaliditatea prin psihoze și nevroze (exceptînd regiunea Strasbourg) a crescut de la 6,25% în 1950 la 19,63% în 1969, ceea ce reprezintă un număr de 310 000 invalizi. În regiunea pariziană invaliditatea prin boli psihice a crescut de la 16,53% în 1966 la 23,94% în 1971.

P. Juhasz a efectuat un studiu ecologo-epidemiologic într-un sat din R. P. Ungaria și a constatat că în 1961 incidența nevrozelor era de 30,1%, iar în 1970 de 42,2%.

Un studiu comparativ efectuat în 19 țări cu nivele diferite de dezvoltare a arătat că pe măsură ce crește venitul pe cap de locuitor, crește și morbiditatea prin maladii psihosoma-

tice, în timp ce afecțiunile somatice ca atare diminuă în mod relativ.

Același fenomen ecologo-epidemiologic s-a observat în Kuweit, ca și în cazul indienilor Osagi, odată cu dezvoltarea în ritm rapid a industriei petroliere.

Din cele de mai sus ar rezulta că transformarea rapidă a raporturilor omului cu mediul, determină o creștere a frecvenței sindromaticei psihosomatice în cursul proceselor de adaptare în anumite condiții economico-culturale și social-politice, dar care nu poate fi generalizat la orice structură socială.

Prevenirea fenomenelor de eșec adaptativ socio-profesional și instructiv-educativ constituie obiectivul principal în acțiunile de sănătate mintală, care cointeresează în egală măsură, deși din unghiuri diferite de vedere totalitatea organismelor comunitare dintr-o societate dată.

În ce privește procesul de reabilitate în nevroze, dată fiind proporția crescută a suferințelor viscero-humorale, se impune cu necesitate diferențierea diagnosticului de nevroză în sens psihologic în banda trăirilor adaptative, față de noțiunea psihiatrică despre nevroza verva cu implicațiile sale adaptative diferite prin deficit constituțional. Aceasta impune necesitatea ca acțiunea de readaptare și reintegrare psihosocială a handicapatului psihic în general și a nevroticului în particular, să fie realizată în echipă complexă, avînd ca lider inductor un psihiatru clinician care să înțeleagă în mod principal atribuțiile sale de specialist angajat în promovarea și prezevarea sănătății mintale.

Abordînd studiul factorilor biologici, psihologici și sociali care concură cronologic sau simultan la apariția, decompensarea și întreținerea simptomatologiei nevrotice sau psihosomatice, în acțiunea de psihoterapie integratoare este necesară, în același timp, evidențierea inerției ideo-afective a pacientului care odată pensionat ajunge în situația de invalidare socială, considerîndu-se incapabil de muncă. Această atitudine subiectivă, de cele mai multe ori ireductibilă, presupune din partea celor care se preocupă de promovarea și apărarea sănătății mintale, rezolvarea unor probleme de ordin social-educativ care, în practică, depășesc posibilitățile unei singure discipline, fiind necesară cointeresarea totalității organismelor care în mod definitoriu contribuie la dezvoltarea armonioasă a individului pe tot parcursul existenței sale, cît și de a găsi modalitățile integrative pentru fiecare individ, în raport de capacitățile sale.

Ceea ce se cuvine subliniat este că în cazul tuturor manifestărilor psihopatologice, așa cum reiese de mai sus, apare necesară studierea lor sub aspectul interrelațiilor dinamice multiple pe care personalitatea le stabilește cu mediul ambiant, sub aspectul tuturor reacțiilor de răspuns la factorii de mediu ca și a contradicțiilor particulare fiecărei individualități, a armoniei sau dizarmoniei interrelațiilor dintre subsistemele și funcțiile sistemului psihic în dinamica sa particulară. Aici studierea longitudinală a factorilor negativi biologici, psihologici și sociali ni se pare absolut necesară așa cum reiese din datele studiului efectuat de noi.

Reacționînd la condițiile negative de mediu nu toate persoanele vor dezvolta o simptomatologie de natură psihopatologică ca răspuns la excitanții biologici sau psiho-sociali. Reacția, dacă apare, nu va însemna însă decît un răspuns de scurtă durată în general și se va deosebi de dezvoltarea care înseamnă deja fixarea prin condiționare-învățare a unor structuri psihopatologice ce se instalează ca urmare a repetării și întăririi excitațiilor negativi și diverși ca etiologie.

D. I. Templer (1992) constată pe un număr de 1 055 subiecți din închisori și din instituțiile de asistență că au prezentat în antecedente traumatisme cranio-cerebrale un număr de 489 subiecți, dintre care 31% nu au atras atenția medicilor iar 60% nu erau documentate. Aceste cifre atrag atenția asupra necesității studiului longitudinal al personalității și nu numai al celui actual, vertical. Datele obținute de autorii menționați se corelează cu cele expuse de P. Brânzei și M. Șelaru în ceea ce privește nevrozele. După opinia noastră asemenea considerații privesc nu numai nevrozele ci și psihopatiile și de aici necesitatea studiului nu numai asupra acestor afecțiuni, ci și necesitatea studiului longitudinal pentru orice afecțiune psihică.

Pe de altă parte, considerate sub raport social reacțiile și dezvoltările au loc ca urmare a unor factori situaționali însă unele persoane se vor manifesta ca veritabili nevrotici iar alte persoane se vor manifesta sub aspect psihopatic. Dar problema care se pune este aceea că nu în toate cazurile instalării unei nevroze sau a unei psihopatii anomaliile psihopatologice se instalează de la început și o dată pentru totdeauna în aceste cazuri constatîndu-se manifestări preclinice care prin manifestările psihopatologice incipiente nu invadează, nu colorează și nu impregnează decît unele aspecte ale sistemului psihic și deci nu poartă de la început caracterul de tonalitate și nu se

manifestă cu constanță, de aici și posibilitatea corectării unor asemenea manifestări prin metode terapeutice complexe medicale și de corectare comportamentală psihopedagogică individuală sau colectivă în microgrupul familial sau socio-profesional.

Gh. Scripcaru și colab. (1991) au constatat pe un număr de 1 029 copii și adolescenți îngrijiți în orfelinate că tulburările de comportament au avut o incidență de 33%, și cu mari dificultăți de integrare după absolvire în 70% din cazuri. Practic factorii etiologici evidențiați de autori sînt frustrările afective, climatul familial nociv, prin handicap intelectual, deficite de socializare, îndeosebi în cazul sociopaților.

Atît în nevroze cît și în psihopatii vom sublinia caracterul de dezvoltare fazică, stadială, oscilantă în strînsă corelație cu particularitățile interne, fazice și ele, de structurare a personalității pe parcursul dezvoltării sale în strînsă corelație determinativă cu condițiile de mediu natural și psiho-social și în corelație cu procesul de maturizare cerebrală și psiho-socială.

Pe de altă parte se ia în considerare atît în nevroze cît și în psihopatii dinamica lor evolutivă, dar sînt mai puțin studiate fenomenele de compensare-decompensare adaptivă. Din acest punct de vedere sînt necesare studii longitudinale în care să se evidențieze, în raport de formele clinice, factorii interni personali și cei externi, de mediu natural și psiho-social, care contribuie la aceste fenomene de adaptare-dezadaptare, ca și nivelul la care se realizează aceste procese.

În literatura psihiatrică se remarcă, pe baza observațiilor clinice, o așa numită bază organică a psihopatiilor, o insuficiență funcțională cerebrală (P. B. Ganușkin), prezența traumatismelor cranio-cerebrale sau a suferințelor encefalitice în perioada copilăriei timpurii, cu expresie microsimptomatologică, ceea ce a determinat modificări patoplastice caracteriale predominant psihosociale ca și o insuficientă dezvoltare intelectuală. Prezența microsimptomatologiei neurologice a fost apreciată în proporție de 36,8% la persoanele cu boli psihiatrice funcționale, în comparație cu o incidență de numai 5% la grupa de control (J. Rachford — 1970). Pe de altă parte în 1974, M. I. Vein și I. V. Rodstat evidențiază în peste 50% din cazuri prezența unor discrete simptome neurologice la bolnavii de nevroză.

Pe de altă parte R. van Reekum și colab. (1993) constată că printre personalitățile borderline 82% dintre pacienții cu

acest diagnostic și 22% din grupa de control prezintă în antecedente traumatisme cranio-cerebrale, fie în perioada dezvoltării (44%), fie dobîndite (58%) sau ambele. Un studiu neuropsihologic a evidențiat că șapte din nouă subiecți prezentînd diagnosticul de tulburare de personalitate borderline prezintă disfuncții ale sistemului frontal, ceea ce susține ipoteza existenței unui subgrup organic în cadrul personalităților patologice borderline.

G. E. Suhareva (1970) subliniind insuficienta dezvoltare organică a creierului în formarea și dinamica psihopatiilor arată că în perioada copilăriei are loc o dezvoltare furtunoasă a mecanismelor neurofiziologice ale comportamentului care pot fi perturbate, în ceea ce privește dezvoltarea lor fazică, îndeosebi dacă factorii etiologici negativi acționează înainte de vîrsta de trei ani cînd se formează, se dezvoltă și se maturizează regiunile frontală, temporală, hipotalamică. Aceste tulburări ale dezvoltării fazice morfofuncționale cerebrale fac ca unii copii să fie deosebit de sensibili la acțiunea factorilor exogeni, care perturbă metabolismul cerebral, fragilizîndu-l, permițînd apariția și formarea unor trăsături de caracter de tip infantilo-juvenil, dizarmonie care favorizează apariția psihopatiei. Aici trebuie în general să distingem *cauzele* care pot determina disfuncționalitatea cerebrală pe de o parte și *condițiile* psiho-sociale pe de altă parte.

Încă din 1947 S. N. Davidenko a atras atenția asupra faptului că în perioadele de vîrstă a primei copilării, a maturizării sexuale, și apoi la bătrînețe apar și se întăresc mecanismele nevrotice dezadaptive constituționale și cîștigate în dezdezvoltarea ontogenetică, ceea ce pare a fi valabil inclusiv pentru psihopatii după opinia noastră.

De altfel, G. E. Suhareva (1959) arată că atît la copil ca și la adult psihopatia nu apare dintr-o dată ci treptat și pe terenul unor suferințe care au modificat reactivitatea cerebrală, condiții în care are loc fenomenul de dezvoltare patologică și într-un caz și altul.

Microsimptomatologia neurologică ce se constată la examenul clinic la bolnavii suferind de boli psihice la interferență cu normalitatea (nevroze, psihopatii etc.), demonstrează că lezarea morfologică sau funcțională a sistemului nervos central în prima copilărie antrenează perturbări morfo-funcționale în ce privește structurarea ierarhică a zonelor cerebrale reglatoare ale comportamentului cu consecințe nefavorabile asupra dezvoltării armonioase a sistemelor funcționale

care asigură ulterior structurarea calitativ deosebită a sistemului psihic al personalității.

Caracteristicile sindromologice ale tulburărilor psihopatologice la bolnavii psihici la interferență cu normalitatea, deși universale ca modalitate de reacție, sînt individual exprimate în raport cu particularitățile de structurare sincrono-diacronică ale fiecărei personalități. Polimorfismul manifestărilor în plan psihopatologic se manifestă prin tulburări hiperstenice, hipostenice, psihastenice, isterice, ciclotimice, obsesivo-fobice, senzitiv-ipondriace, ca și printr-un impresionant polimorfism de tulburări vegetative de acompaniament. Tulburările reactive de mai sus se cuvin a fi completate pentru perioada copilăriei cu simptomele nevrotice mono-simptomatice ca enurezis, logonevroze, anorexie sau reacții discomportamentale de protest de diverse tipuri de exprimare ale modurilor particulare de dezvoltare patologică ale personalității.

Se subliniază în literatura de specialitate, asemănarea statistică între diversele aspecte psihopatologice pe care le realizează diversele psihosindroame în interferență cu normalitatea, deosebindu-se totuși prin structură psihopatologică diferită, ca și prin dinamica, intensitatea și combinarea între ele a simptomelor, a interrelațiilor funcționale dintre simptome, corelarea lor cu expresiile funcționale ale diferitelor subsisteme cortico-subcorticale ca și din structura sistemului psihic, orientarea și centrarea egofobă sau decentrarea lor egofilă dominantă în raport cu propria personalitate, ca și orientarea valorică relațională a comportamentului psiho-social al acestor bolnavi în raport cu exigențele de mediu existențial. Dar avînd în vedere această similitudine și deosebire psihopatologică a simptomatologiei psihice se impune constatarea că asemănarea nu poate fi considerată ca identitate, cu atît mai mult cu cît aceeași fenomenologie clinică nu traduce aceeași variantă etiologică și nu se constituie ca expresie particulară de substrat dinamic morfo-funcțional cerebral.

Sommer subliniază, încă din 1901, că modalitatea psihogenă este mecanismul cvasi-universal de decompensare a psihosindroamelor în interferență cu normalitatea, ca rezultat al tendințelor contradictorii dintre trebuințele și motivele activității și dintre rezultatele practice ale activității. Există aici o logică a antagonismelor activității interfuncționale intrapsihice particulară psihopatiilor. De aici și trăirea particulară a modalităților psihogene de reacție sub forma tulburărilor afectiv-emoționale, tensiunea anxioasă în raport cu un viitor pe

care-l întrevede învăluit în nesiguranță, ceea ce face ca în aceste psihosindroame să constatăm o deplasare afectivă dominantă cu sens descendent a personalității, rezultată din ciocnirea conflictuală a două sau a unei constelații de tendințe de natură afectivă primară, și ideo-afectivă superioară, profund contradictoriu și antagonic structurate între ele.

Toate acestea fac, îndeosebi în cazul nevrozelor, ca întreaga personalitate să fie hipersaturată afectiv-emoțional și deosebit de bogat exprimată pe planul manifestărilor vegetativ-umorale. Dar aceste particularități ale structurilor afectiv-emoționale cu corelatele lor vegetative atestă o fragilitate particulară a mecanismelor de reglare psiho-neuro-endocrino-umoral-metabolice și moleculare, dar și de adaptare, disfuncționalități care prin destocare din profunzimile psihice reînserează din plan bio-psihic elementar suferințele și conflictele petrecute în prima copilărie ca și a existenței ulterioare.

De aceea pentru psihopatie ca și pentru diferitele forme de nevroze, în fiecare grupă nozologică în parte diferențele nu sînt strict determinate, iar delimitările pe care le operăm atunci cînd descriem diferitele forme de nevroze sau de psihopatii sînt desigur schematice, uneori artificiale sau pur și simplu plat factuale și de aceea nu vom întîlni în stare pură decît foarte rar cazuri tipice. În viață tipicul este o formă a generalizărilor pe care le operăm sărăcind prin restrîngere realitatea și prin eliminarea particularului. De aceea fenomenul este mai bogat decît esența și de aceea se afirmă că nu avem boli, ci bolnavi. O. Bumke considera că între nevroze și psihopatii nu ar exista granițe avînd în vedere că nu putem atribui o oarecare certitudine cît aparține predispoziției și cît aparține mediului și experienței existențiale individuale. Mulți autori consideră că între formele nozologice ale psihiatriei marginale ar fi mai multe elemente care le apropie decît elemente care să le separe, de unde și discuțiile atît de contradictorii și îndelungate privind delimitarea lor nozologică.

Reamintim că G. E. Suhareva (1959) studiind clasificarea psihopatiilor în raport cu etapa de dezvoltare ontogenetică, semnalează că formarea uneia sau alteia dintre anomaliile de dezvoltare ține de calitatea, intensitatea și întinderea acțiunii nocive, de stadiul ontogenetic în cursul căreia s-a exercitat influența destructurantă. Cu cît o acțiune nocivă de mediu a acționat în etape ontogenetice de dezvoltare mai precoce, cu atît influența nocivă a fost mai gravă, reflectîndu-se în anomaliile

de dezvoltare ale sistemului nervos și a activității psihice prin instalarea origofreniilor, a tulburărilor tendințelor, instinctelor și a trăsăturilor temperamentale. Acționînd în etape mai tardive ale ontogenezei se vor instala nu perturbările manifeste, de substrat ca cele de mai sus, ci vor apare pe prim plan deficitele psihice sub forma fenomenelor de infantilism psihic În cazul afecțiunilor prin mecanisme disgenetice se vor manifesta perturbări complexe care se vor reflecta negativ, asupra întregii complexități a sistemului psihic. Expresiile clinice ale perturbării după tipul „*infantilismului dizarmonic*" se vor reflecta prin predominarea unor dezvoltări inegale ale vieții psihice. În acest caz se constată prezența unor funcții intelectuale relativ bine dezvoltate coexistente cu altele mai puțin dezvoltate, ceea ce se explică prin dizarmonia interfuncțională a diferitelor sisteme sau subsisteme care rămîn nedezvoltate față de altele care se dezvoltă mai rapid determinînd astfel structurarea dizarmonică de ansamblu a sistemului psihic. Aceste tipuri de personalități psihopatice au un caracter constituțional și în care factorii ereditari ocupă un rol predominant. Ca forme clinice aceste tipuri de personalități dizarmonice sînt obișnuit cele afectiv-ciclotimice, autist-schizoide, psihastenice, paranoiace și epileptoide.

Tot G. E. Suhareva evidențiază a treia categorie de anomalii de dezvoltare a sistemului nervos, în care se remarcă gravitatea tabloului psihopatologic simultan cu a celui de suferință morfo-funcțională manifestă de natură infecțioasă, toxică, traumatică cu acțiune prenatală, intranatală sau postnatală. Acestea sînt *sindroamele psihopatiforme (psihopatiile organice)* în care simptomatologia psihopatologică se asociază cu cea organic lezională sub aspectul complex dar variabil al sindromului psihoorganic.

I. A. Aleksandrovski consideră că între nevroze și psihopatii diferența clinică fundamentală ar consta în aceea că nevrozele au o determinare psihogenă, în timp ce psihopatiile nucleare ar avea o etiologie predominant constituțională, genetică, sau prin acțiunea unor factori și condiții care au avut ca incidență majoră etapele timpurii ale ontogenezei acestor personalități.

Nevrozele ar avea deci o determinare psihogenă ca o reacție de răspuns la o situație psihotraumatizantă concretă cu acțiune dezadaptativă și evoluție remitentă. În cazul că se repetă momentele traumatizante atunci în mod gradual reacțiile ne-

vrotice se stabilizează în timp, determinînd o stare nevrotică care nu posedă însă caracter progredient și evoluează în sens remitent-intermitent și extrem de rar se cronicizează.

În cazul psihopatiilor nu se poate lega debutul lor de un anume moment traumatizant psihogen cît mai ales o anume stare conflictuală poate mai curînd decompensa psihopatia care este cunoscut că are în primul rînd caracter de cronicitate, dizarmonia cuprinzînd personalitatea în totalitatea sa.

Criteriile formulate, după opinia noastră nu întrunesc caracterul de gen proxim și diferență specifică deoarece sînt nevroze care apar pe un teren constituțional și în care factorul psihogen acționează decompensînd substratul morfo-funcțional dinamic cerebral cu reflectare negativă în exprimarea fenomenelor funcționale de decompensare adaptativă nu numai la nivelul sistemului psihic, ci asupra întregului organism. De aceea, plecînd de la punctul de vedere principial că nevrozele sînt în mod predominant de natură psihogenă iar psihopatiile adevărate, nucleare, sînt de natură constituțională, atunci ceea ce se constată în realitatea clinică este faptul că pe măsură ce ne îndepărtăm dinspre reacțiile nevrotice spre psihopatii crește în mod evident rolul factorilor biologici endogeni și scade semnificația etiologică a factorilor psihogeni (fără a dispare complet) în determinismul manifestărilor psihopatologice ale patologiei de graniță, fără ca totuși prin aceasta să se poată pune problema unei identități între nevroze și psihopatii.

Pe teritoriul incert, în ce privește granițele sale, cuprins între reacțiile și stările nevrotice și psihopatii se situează diferitele variante ale tulburărilor neuropsihice marginale. Dezvoltările personalității tranzitive sau intermediare între cele două grupe sînt realizate ca modalitate etiologică de asocierea în proporții variate a factorilor psihogeni (sociogeni) și a celor somatogeni (biogeni) sau etici care determină instalarea și dezvoltarea procesului patologic fie în sens predominant nevrotic egofob, fie în sens predominant psihopatic egofil sau sociopatic, anetopatic, etc.

După opinia lui I. A. Aleksandrovski în apariția reacțiilor, stărilor și dezvoltărilor nevrotice intervine interrelația calitativ diferită a trei grupe de factori :

a) *tipul biologic constituțional* al proceselor afectiv-emoționale și caracterul reacțiilor la mediu care depind de starea inițială a activității neuropsihice și de dezvoltarea psihică ontogenetică ca și de programul său genetic ;

b) *factorii sociali și particularitățile individuale* care condiționează nivelul de exprimare a posibilităților adaptative și de echilibru în fața solicitărilor psihogene a personalității ;

c) *de prezența „fondului nevrotic de urmă"* (analog cu reflexul de urmă al lui I. P. Pavlov) și de reviviscența acestuia prin excitațiile cu efect secundar, reverberativ, conflictual.

Dar așa cum subliniază autorul nici debutul biologic, nici determinarea socială, nici factorul „nociv" nu pot fi priviți separat unul de altul în determinarea, apariția și expresiile unuia sau altuia dintre sindroamele care alcătuiesc grupele nozologice ale patologiei psihice marginale. De aceea, adăugînd la cele de mai sus și argumentul că terapia encefalotropă acționează asupra unui tip de emotivitate biologic-constituțională, în mod practic ar urma că nu se pot separa absolut nevrozele de psihopatii considerînd că primele ar fi „pur funcționale" și fără a avea bazele lor biologice și organice, iar psihopatiile ar fi expresia caracterului patologic format și determinat de un substrat organic.

Nevrozele apar în condiții psihotraumatizante pe terenul unei fragilități funcționale a sistemului nervos central, ceea ce a determinat pe Lopez să definească bazele fiziodinamice ale nevrozelor și pe Fernandes să discute factorii biogenetici în apariția acestora. Acest substrat fragil morfo-funcțional dinamic cerebral este atestat de prezența unei microsimptomatologii organice la examenele de finețe în proporție mai crescută în nevroze comparativ cu grupele de control formate din persoane indemne. Aceasta arăta fragilitatea funcțională cerebrală a nevroticelor și acțiunea favorabilă a substanțelor encefalotrope cu acțiunea asupra formației reticulare și a troficității cerebrale ca și a psihoterapiei ca factor de echilibrare psiho-neuro-endocrino-umoral-metabolică cu efect deparabiotizant cerebral.

Datele de literatură demonstrează fragilizarea structurilor cerebrale nespecifice atît în nevroze cît și în psihopatii, demonstrînd că acestea au la bază perturbări ale structurilor profunde cerebrale, dar cu expresie diferențiată asupra sistemului de activitate a psihicului, aprecierea „funcționalului" și „organicului" în apariția tulburărilor psihice la interferență cu normalitatea, la nivelul de dezvoltare a cunoștințelor actuale, nu permite încă separarea cu certitudine a diferențelor dintre funcțional și structura organică și de aceea clasificarea în boli funcționale și boli organice în etapa actuală poartă un accentuat caracter de relativitate.

Pentru apariția atît a nevrozelor ca și a psihopatiilor este necesară asocierea dintre factorii ereditar-constituționali somatogen-organici și factorii situaționali ai personalității în diversele lor proporții, combinații și configurări de personalitate, calitativ diferite între nevroze și psihopatii. În analiza intervenției predominante a unui sau altuia dintre factorii complecși enumerați se vorbește de nevroze și psihopatii constituționale, de stări nevrotiforme somato-organice și de stări psihogene reactive (psihonevroze) după opinia lui E. S. Averbuh. De aceea în apariția sindroamelor la interferență cu normalitatea nu se pot diferenția în mod absolut și separa net intervențiile etiologice ale unora sau altora dintre factorii biologici, psihologici sau sociali în afara luării în considerae a zestrei biologice individuale.

Pe de altă parte se subliniază cu deplin temei că prezența factorilor ca și a trăsăturilor constituționale de caracter psihopatic nu atestă prin aceasta și prezența fenomenului patologic, decît în prezența acțiunii simultane pe acest teren a intervenției unor factori psihogeni care să decompenseze personalitatea psihopatică prin formarea unor mecanisme patologice de reactivitate abnormă a sistemului psihic, cunoscut fiind că personalitățile psihopatice răspund cu o mai accentuată și rapidă promptitudine la intervenția factorilor psihotraumatizanți. Este de asemenea cunoscută fragilitatea și ușurința cu care răspund la acțiunea factorilor psihotraumatizanți oligofrenii, bolnavii cu suferințe cerebrale postencefalice sau posttraumatice. Aceste condiții apropie nevrozele de psihopatii ca mecanisme de realizare psihogenă a decompensărilor dar cu nivele și particularități calitativ diferite în planul expresiilor comportamentale, ceea ce face ca la unele să apară ca determinant pe prim plan factorul eredo-constituțional, iar în altele cel cîștigat, dobîndit. Această apropiere din punctul de vedere al mecanismelor patofiziologice și de instalare a psihosindroamelor în interferență cu normalitatea a fost subliniată de psihiatrii clasici (P. Janet — 1900 ; O. Bumke — 1904 ; Raymond — 1907; O. N. Kerbikov — 1952 ; Mayer-Gross — 1955 ; Schultz — 1955 ; Petrilowitsch — 1966 etc.) și sînt confirmate de cercetările de neurofiziologie a meconismelor de acțiune a substanțelor encefalotrope. Totuși diferențierea dintre nevroze și psihopatii se realizează pe baza criteriilor clinice particulare, luînd în considerare egofilia și cronicitatea dizarmoniei perso-

salității în psihopatii și caracterul episodic remitent sau intermitent a simptomelor cu nuclearitate egofobă în nevroze.

Argumentele clinice clasice dau afară pe ușă conceptul constituțional al monopsihozelor iar psihofarmacologia modernă îl reintroduce în psihiatrie pe fereastră, chiar dacă se întrevăd unele diferențieri patofiziologice.

Cînd se discută relația dintre psihopatie și nevroze se au în vedere două aspecte clinice importante : factorul etiologic (deci cauza) și împrejurările (condițiile) de obicei psihosociale care determină fie una, fie alta din cele două mari entități clinice și de asemenea, dacă nu îndeosebi, inclusiv reacțiile și dezvoltările la evenimentul negativ trăit. De cele mai multe ori se confundă cauzele cu condițiile așa cum subliniam mai sus și aceasta pentru că medicul nu totdeauna poate să dispună de informațiile cele mai complete simultan longitudinale și transversale, asupra dezvoltării bio-psiho-sociale ale fiecărui pacient în parte. În asemenea condiții riscul de a inversa cauza cu condițiile și invers, aspect cel mai frecvent întîlnit atîta timp cît nu avem la dispoziție datele privind ereditatea biologică și calitatea eredității sociale și cu atît mai mult faptul că nu se poate determina cu precizie ponderea indubitabilă și respectiv rolul predominant al predispoziției biologice sau cel al influenței în determinismul celor două boli. În opinia noastră nu este benefic a contrapune predispoziția, mediului extern, și totuși a o neglija este tot atît de dăunător, deși nu cunoaștem care este diferența specifică într-o predispoziție pentru tulburări de comortament la copil (personalitate patologică la adult) în comparație cu predispoziția pentru nevroze și la unii și la alții. În asemenea condiții ceea ce rămîne la dispoziția clinicianului este raționamentul, intuiția, experiența și flerul clinic. Factorul negativ psihogen acționează și în cazul psihopatiilor dar și în nevroze cu atît mai mult. Pe de altă parte mulți psihiatri împărtășesc opinia că personalitatea patologică ar avea ca trăsătură distinctivă dizarmonia structurală, dar după opinia noastră în momentul cînd s-a instalat o nevroză și în acest caz se va constata o dizarmonie, dar de alt tip a personalității. Problema este că dizarmonia personalității psihopatice este cronică cuprinde întreaga personalitate, în timp ce dizarmonia nevrotică este episodică și se află în relație cu factorii psihotraumatizanți care acționează pe un teren fragil constituțional. Pe de altă parte dizarmonia personalității psihopatice ce caracterizează psihopatologic prin egofilie malignă și insensibilitate moral-socială, în timp ce dizarmonia nevro-

tică se particularizează prin egofobie, cu păstrarea relativ integră a calității interrelațiilor sociale. Ca urmare a acestor particularități clinice fundamentale psihopatul se află în permanent conflict cu societatea în timp ce nevroticul este accidental conflictual în relațiile sociale. Neurofiziologic în psihopatii predomină reactivitatea primară legată de structurile subcorticale, în timp ce în nevroze disfuncționalitatea de substrat este predominant corticală, iar componentele vegetative sînt consecința ruperii echilibrului cortico-subcortical.

Aspectul somato-neurologic, atrage în ultimii ani tot mai mult atenția. J. Long subliniază faptul că, chiar din copilărie la personalitățile psihopatice există asemenea manifestări clinice ca excitabilitatea abnormă psihomotorie, neastîmpăr, ticuri, anorexie, enurezis, tulburări hipnice, infantilism psihologic. Prezintă interes datele lui Favier și colab. despre bolile somatice și neuropsihice suferite în copilărie de persoanele cu psihopatii : 1. accese convulsive infantile în 10% din observații ; 2. traumatism ecraniene în 15% și 3. enurezis infantil în 29%. Mulți autori au notat destul de frecvent în cazul psihopatiilor „simptome evidente de dizarmonie endocrină și neurologică" sau ceea ce noi denumim cu termenul de dizarmonie a reglărilor psiho-neuro-endocrine și umoral-metabolice. În unele cazuri, tulburările vegetative, somatice pot să apară pe primul plan, ceea ce dă dreptul unor autori să vorbească despre „*organopatii*". Este evident că și asupra personalităților psihopatice se extinde modul particular de dezvoltare al bolilor somatice psihogene, descris de B. Bergman la bolnavii cu nevroze, bolnavi care au alături de trăsăturile cenestopat-ipocondriace și trăsături isterice, cazuri la care de la „o problemă corporală se trece la o distonie basedowiană sau tetanoidă".

A. Dosios și colab. constată, în cazurile de psihopatie distimică tendință la hiperglicemie, iar la schizotimi crize hipoglicemice. Aceeași autori aplicînd în tratamentul unor psihopatii hormonii suprarenali și tiroidieni obțin ameliorări satisfăcătoare ceea ce dovedește rolul tulburărilor endocrine în lungul lanț etiopatogenetic al psihopatiilor.

L. J. Silver și colab (1993) au indicat pe un număr de 10 pacienți cu personalitate schizotipală și pe 14 pacienți cu alte tulburări de personalitate concentrația acidului homovalinmandelic (HVM) și au constatat că personalitățile schizotipale au o concentrație mai crescută la HVM față de celelalte 14 personalități patologice. Pe de altă parte autorii au constatat că în cazul personalităților psihopatice cu simptome de tip

schizotipal există corelații crescute în ce privește concentrația de HVM, constatare care sugerează o disfuncție dopaminergică asociată cu simptome psihotiforme la personalitățile schizotipale.

Despre labilitatea hormonală a personalităților senzitive și depresive, amintește de asemenea și Sehan și M. Bleuler care descrie o corelație între trăsăturile acromegalice și cele psihopatice.

În ultimii ani, se pare are loc o transformare oarecare a ideii lui Kretschmer despre corelația dintre constituția corporală și caracter ; tot mai mult se pune accentul pe stabilirea de „legături între constituția corporală și echilibrul sistemelor vegetative".

În cazul constituției astenice, unii autori găsesc tot mai frecvent distimie, alții schizoidie, iar în caz de constituție picnică isterie sau hipomanie.

După datele lui Favier și coautori, foarte rar se întîlnesc „simptomele fizice clasice ale degenerării", o oarecare asimetrie a feței, dizarmonia feței sau a figurii se observă în mai puțin de 4% din totalul observațiilor. Mult mai frecvent, diverși autori au constatat manifestări vasomotorii zgomotoase, existența unui reflex oculo-cardiac manifest, eretism cardiac, accese de tahicardie sinusală care alternează cu senzații de „oprire a inimii". În cazul psihopatiilor, după datele lui Gabrant și Riebeung se găsesc anomalii congenitale ale eritrocitelor și leucocitelor (ovalocitoză, anomalii tip Pellger).

La bolnavii care în afară de orice dubiu trebuie priviți ca fiind personalități psihopatice din sfera isterică, S. Guse și M. Perley au observat cefalei care se repetă frecvent, dureri gastrice, dureri în regiunea coloanei vertebrale, vărsături frecvente, tulburări menstruale prelungite, lipsă de satisfacție sexuală etc.

D. Müller-Hegemann subliniază existența la o serie de bolnavi a tulburărilor vaso-vegetative, exprimate prin tendință la stări colapsoide, tulburări gastrointestinale, colită sau entero-colită, printre care și cele de colită pseudomembranoasă, leziuni tegumentare cu formarea de vezicule, creșterea temperaturii etc. Din punct de vedere psihic s-a constatat labilitatea afectivă, afectivă, alături de cea vegetativă. După părerea autorului, pacienții la care afectele, emoțiile, tendințele și intențiile sînt extrem de intense și sunt legate de modificări somatice, nu pot fi socotite în nici un caz ca fiind isterice, deși

după aspectul lor clinic fenomenologic s-ar găsi oarecum în anticamera isteriei.

Mulţi autori subliniază marea frecvenţă a tulburărilor neurologice în caz de psihopatii. Favier şi colab. constată că în cazurile explorate se observă adeseori un caracter mai viu al reflexelor osteo-tendinoase ca şi a reflexelor cutanate abdominale.

Asupra relaţiilor dintre psihopatie, şi nevroze vom reveni în capitolul consacrat diagnosticului diferenţial al psihopatiilor personalităţilor patiologice (apud : Gurieva şi Ghidinkin).

Deşi problemele relaţiilor dintre nevroze şi psihopatii au fost analizate în diversitatea contradictorie de opinii asupra acestui subiect în capitolele anterioare, totuşi ţinem să subliniem că numai rareori s-a amintit termenul de isterie, deoarece există tendinţa, mai ales în psihiatria germană, de a scoate isteria din domeniul nevrozelor şi a o plasa undeva, ca o grupă de trecere între nevroze şi psihopatii. Cu privire însă la isterie încă din momentul cînd a fost descrisă, lucrurile nu au fost pe deplin elucidate ceea ce a făcut ca la finele secolului trecut, de problema isteriei să se ocupe cînd neurologii cînd psihiatrii. Marele neurolog francez de la Salpetriere Charcot a trebuit spre sfîrşitul vieţii şi după o lungă perioadă de studiu a acestei boli, să ajungă la concluzia că totuşi isteria este o boală care aparţine psihiatriei. La început s-a vorbit de isterie ca despre o boală, apoi ca un sindrom, sau ca un simptom. Se vorbeşte de asemenea despre isterie ca o formă de reacţie psihică, sau se vorbeşte de modalitatea isterică, caracterul isteric etc.

În 1902, Hoche spunea că isteria nu este o boală, ci o formă particulară a dispoziţiilor psihice şi că în faţa unor trăiri afective suficient de intense orice om este „apt pentru isterie" Kretschmer arată că în 1911 Gaupp reia punctul de vedere al lui Hoche şi afirmă fără echivoc : „isteria este o modalitate de reacţie anormală în faţa evenimentelor vieţii". Că isteria este o formă particulară de reacţie psihică, o dovedesc lucrările şcolii lui Charcot, precum şi studiile efectuate de Breuer împreună cu Freud — de unde de altfel a pornit psihanaliza.

Deşi toată lumea este de acord că isteria este o modalitate de reacţie totuşi lucrările asupra diferenţierii sale de celelalte forme de reacţie psihică sînt nebuloase şi contradictorii. După opinia lui H. Binder confuzia cu privire la noţiunea de isterie se referă la trei domenii diferite :

a) „o noțiune de boală aparte cu simptome tipice și patogeneză precisă" ;

b) „simptome psihogene cu un caracter specific cum ar fi paraliziile, spasmele, anesteziile și stările crepusculare" ;

c) „o anumită modalitate existențială (care este în fond numai caracterul nevrotic isteric) care nu este nici boală și nici simptom, ci numai un anumit fel de a trăi și a interpreta realitatea sau boala pe care întîmplător omul o face".

Kretschmer în lucrarea sa *„Histerie, reflex und Instinkt"* (1965) consideră că în problema isteriei „sîntem în prezența a două direcții teoretice bine delimitate, care amîndouă depășesc clinica psihiatrică și devin probleme de interes general, biologic și psihologic, în egală măsură".

a) Direcția clinică se centrează pe grupul de simptome care constau în crize convulsive, stupoare, stări crepusculare, tremurul, paraliziile, contracturile, spasmele și hipo și hiperesteziile cutanate declanșate și întreținute psihogen. În jurul acestui nucleu au fost descrise simptome care cînd au fost identificate cu isterie, cînd diferențiate de ea. Așa cum remarcă Kretschmer, „Linia care pornește de la acest cerc clinic de simptome isterice spune cam așa : simptomele isterice sînt modalități reactive preformate ale bazei instinctive ale vieții psihice, determinate evolutiv și istoric. Acest caracter „evolutiv" și „istoric" al fenomenului a permis compararea sa cu sugestia, hipnoza și cu orice izolare în inconștient al unui grup de fenomene pe baza unei stagnări în dezvoltare. Aceste mecanisme sînt potențial prezente în orice om. Această formulare a isteriei se presupune a fi conținută în teoria darwinistă a afectelor, în toată psihanaliza lui Freud, în teoria isteriei așa cum a fost ea formulată de Kraepelin.

De altfel, Kraepelin urmează aici linia darwinistă generală. Teoria isteriei de război a lui Mörchen (1919) urmează aceleași linii darwiniste. Pentru Mörchen există : 1. afecte sau acțiuni de apărare simple ; 2. întrebuințări instinctive ale modelelor de apărare primitive prin declanșare automată, prin mecanisme motorii, senzitive și hipnoide ; 3. întrebuințarea conștientă a modalităților primitive de apărare instinctivă care sînt deja modalități apropiate de simulare".

b) În ce privește cea de-a doua direcție în teoria isteriei, Kretschmer o rezumă prin aceia că în orice grup de simptome isterice se ascunde un sîmbure de tendință spre „voința pentru boală" (Wille zur Krankheitszweck), un anumit fel de a fi „neautentic" un defect al „conștiinței sănătă-

ţii". Bonhoeffer formulează clar principiile acestei de a doua opinii cînd spune : „ceea ce ne face să intuim istericul în indiferent care tablou clinic, este tocmai întrezărirea unei anumite voinţe infiltrate în felul în care fenomenul morbid ni se înfăţişează". Acest fel de a vedea isteria a primit un sprijin deosebit din partea isteriilor de război şi a isteriilor de rentă. Dar şi psihanaliza implică etiologic motivul „scopului", al beneficului secundar al nevrozei (Krankheitsgewin) care depăşeşte cu mult problematica isteriei simple.

Deşi aparent aceste două orientări, privite superficial nu ar avea nici o tangenţă, trebuie să recunoaştem împreună cu Kretschmer că ambele puncte de vedere ancorează în final pe terenul aceloraşi modalităţi de reacţie biologică : hipnoidul, stupoarea, criza, tremurul, fenomene reflectorii sau semireflexe, dar cu proiectarea anticipativă şi prepararea saltului din domeniul psihic în cel al somaticului în caz de conversiune.

În fine, s-ar mai desprinde o a treia orientare care, aşa cum spune Kretschmer „încearcă să construiască noţiunea de isterie pe temelia „caracterului isteric". (Trebuie să recunoaştem că R. Binder a adoptat punctul de vedere al lui Kretschmer).

Kretschmer vede în isterie o anumită modalitate de apărare, cu scop, la care o persoană recurge atunci cînd nu găseşte o cale raţională, volitivă de ieşire dintr-o situaţie critică în condiţii vitrege de mediu. Această „reacţie" nu va fi una pur ancestrală, pur instinctivă, pentru că are loc la un individ care cunoaşte (chiar şi dacă nu şi în practică) modalităţii raţionale şi complexe volitive de apărare ; ea va fi deci un „complex de reacţii" totodată raţionale, instinctive şi reflexe.

„În consecinţă, noi credem că definim exact centrul preocupărilor de azi în jurul problemei isteriei cînd vom spune că : noi numim isterice, acele forme de reacţie psihică în care tendinţa de metamorfozare se foloseşte de mecanisme preformate instinctive sau de altă factură biologică. Tipul acesta de reacţie isterică... are un centru bine precizat dar periferii foarte laxe" (Kretschmer).

N. Cotreanţu consideră că în ce priveşte conceptul de psihopatie, ca fenomen de suprastructură acesta este un fenomen istoric deci are o anumită evoluţie şi anumite caractere specifice în funcţie de condiţiile sociale, morale, culturale,

geografice, etnice etc. Aceasta nu înseamnă echivalența conceptelor de psihopatie cu cel de sociopatie sau cu ceea ce moral e bun sau rău. Psihopatia este un concept care trebuie să aparțină psihiatriei, dar un studiu contemporan al psihopatiei trebuie să țină cont neapărat de influența tuturor acestor factori asupra econditii psihologice a omului. „Noi considerăm, scrie autorul, că variabilitatea este caracteristica psihologică a speciei umane. Există deci o mare diversitate psihologică a speciei umane și ca atare și o mare diversitate psihologică interindividuală care face imposibilă o tipologie a ființei umane. Ontologia ca disciplină a relației dintre ființa concretă și ființa în totalitatea ei, aduce lumină în cadrul psihopatiei, introducînd ordine și rigoare și formînd din persoana anormală un concept stabil, determinat endogen sau ereditar, dar care ca o variantă anormală cantitativ a persoanei normale, se manifestă diferit în variabilitatea ei, de la o societate la alta, de la o epocă la alta și de la un loc la altul, fiind influențată de o multitudine de factori în desfășurarea ei, dar nu și în destinul ei. O persoană normală devine anormală în sens psihopatic sau nevrotic, prin scăderea controlului asupra propriului Eu și de aceea nu-și dă seama cum a ajuns astfel, nu-și poate stăpîni reacțiile și nu poate învăța nimic din experiența proprie și nici a altora. Limita dintre psihopatie și psihoză ni se pare mai netă și constă în dispariția completă a conștiinței propriului Eu în cazul ultimei realizîndu-se ceea ce se cheamă alienare. În psihoză se constată dispariția variabilității în favoarea tipicității și stabilității la influența factorilor externi (sociali, etc.). Într-o viziune antropologică umanistă, se consideră că ființa psihopată, ca orice ființă, se poate realiza autentic".

H. Ey atrage atenția asupra faptului că *semiologia personalității nu trebuie confundată cu cea a activității psihice globale*. Viața psihică cuprinde comportament, structură de experiență anterioară și personalitate. Sistemul personalității cuprinde Eul ca stăpîn al caracterului său, autor al personajului său, creator al lumii sale, subiect al cunoștinței sale.

Patologia Eului cuprinde — după H. Ey, tulburările de caracter, patologia conflictelor intrapsihice ale persoanei (Eul nevrotic), alienarea persoanei (Eul psihotic sau delirant), patologia sistemului rațional al persoanei (Eul dementțial) și agenezile personalității (arierațiile cu cele 3 nivele : idiotie, imbecilitate, debilitate mintală).

Patologia caracterului se referă la nivelul superior de organizare al Eului şi cuprinde tipurile „caracteriopate" : personalitatea psihopatică, dezechilibraţii şi nevroza de caracter. Aici intră : caracterul paranoiac, caracterul schizoid şi caracterul isteric.

Pentru nevroza de caracter H. Ey dă o definiţie în spiritul şcolii psihanalitice : „organizări ale caracterului fixate la structura caracteristică unei faze de dezvoltare libidinală". Aici intră :

— *caracterul sado-masochist*, care este o organizare a personalităţii în stadiul sadic anal axat pe plusiunile agresive care se satisfac în căutări sadice de a face rău sau în întoarceri masochiste ale agresivităţii (plăcere în duree, nefericire şi eşec)".

— *caracterul compulsiv sau obsesional*, care este „organizare a persoanei pe modelul fazei sadico-anale, unde se opune plăcerea libidinală, şi interdicţia supra-Eului".

Tulburările de caracter sînt „modificări ale hiatusului caracterial". Se întîlnesc în debutul sau evoluţia psihozelor şi demenţelor. Testele de proiecţie a personalităţii (Rorschach, T.A.T.) sînt dificile de aplicat în practică pentru diagnosticul tulburărilor de caracter pentru că nu există posibilitatea de a le compara cu teste trecute sau cu teste medii.

Modificările patologice ale caracterului cuprind :

1) *„anomalii caracteriale"*, atunci cînd modul de reacţie ale individului, adică ceea ce este caracteristic individului este anormal şi intră în conflict cu mediul social. Aici intră modalităţile polare de reacţie : *hiperactivitate — apatie, expansivitate — introversie, bizarerii şi capricii, încăpăţînare — indiferenţă, cinism docilitate exagerată, sugestibilitate — spirit de contradicţie, instabilitate—inerţie.* Aceste deviaţii sînt sesizate de părinţi şi educatori, dacă e vorba de copii şi de mediul profesional sau familial în cazul adulţilor.

2) *tulburări patologice ale caracterului, traduse prin modificarea unor trăsături de caracter.* Caracterul astfel transformat se poate întîlni în schizofrenie sau demenţe şi în acest caz tulburăile se răsfrîng şi asupra coeziunii şi echilibrului emoţional şi voliţional, confundîndu-se cu tulburări de personalitate.

H. Ey subliniază importanţa cunoaşterii semiologiei tulburărilor de caracter pentru stabilirea prognosticului, iar acesta se poate aprecia numai dacă se cunoate diagnosticul. De

aceea, *trebuiesc diferențiate tulburările actuale (de adaptare) de tulburările durabile, de alterare a personalității.* Pentru aceasta trebuie cunoscută semiologia celor două mari capitole ale psihiatriei. În cazul în care cele două categorii de tulburări se intrică, ele trebuiesc bine și profund analizate.

Fără această analiză și fără o experiență clinică e bine să se evite punerea diagnosticului și mai ales formularea prognosticului.

Relațiile dintre psihopatie și isterie, dintre nevroza isterică și personalitatea patologică isterică sînt deosebit de greu de diferențiat chiar de către clinicienii experimentați. Ceea ce se poate spune despre personalitatea patologică (psihopatie) isterică este că prima este o dizarmonie a personalității fără crize isterice afirmație care nu rezolvă însă tranșant deosebirea dintre psihopatia și nevroza isterică, dacă avem în vedere că nevroza isterică se află pe planul interferenței cu normalitatea dar stînd cu un picior în scara nevrozelor și cu celălalt în cea a psihopatiei. Asupra diferențierilor dintre aceste două categorii nozologice vom reveni în capitolul de diagnostic diferențial al psihopatiilor.

LIMITELE PSIHOPATIEI

Aşa cum am văzut din capitolele anterioare delimitarea psihopatiilor pune problema diferenţierii lor de diversele variante de caracter nepatologice.

O problemă deosebit de actuală şi de mult discutată este — delimitarea psihopatiilor de nevroze. Aşa cum observa Kerbikov în legătură cu delimitarea psihopatiilor de nevroze ar fi două căi de adoptat. Prima ar fi renunţarea la înglobarea psihopatiilor în grupa nevrozelor, ceea ce corespunde de altfel poziţiilor şcolii dinamice neofreudiene. Conform concepţiei acestei orientări nevroza este şi acolo unde trauma nu este evidentă în prezent, presupunîndu-se că ea a acţionat în copilărie.

A doua cale ar fi aceea a înglobării psihopatiilor în grupa nevrozelor.

Dar aceste modalităţi de rezolvare sînt pur formale deoarece nu se abordează în mod multilateral raportul nevroze-psihopatii pe baza enunţării unor criterii corecte din punct de vedere clinic care să ne permită diagnosticul pozitiv şi diferenţial pe baza precizării conţinutului fiecărui entităţi nozologice ceea ce ar permite desigur şi precizarea limitei psihopatiilor în raport cu nevrozele.

A admite că diferenţierea se poate face pe baza trăsăturilor constituţionale ale personalităţii dizarmonice în raport cu nevrozele ce rezultă din trăirile şi reacţiile anormale la mediul ambiant — aşa cum consideră de exemplu K. Schneider şi alţii — înseamnă a adopta un punct de vedere pe care nu-l putem verifica pe planul activităţii clinice imediate. Pe de altă parte, din punct de vedere logic antiteza predispoziţie şi trăiri la evenimentele mediului nu reprezintă decît un postulat cu valoare relativă, deoarece nu se pot aduce elemente probante care să ne satisfacă fie şi în parte genul proxim şi

diferența specifică pe planul simptomatologiei. În plus un punct de vedere asupra unei predispoziții constituționale în sensul unei fragilități morfo-funcționale, care nu se traduce prin tulburări de comportament, s-a avansat și în domeniul nevrozelor. În acest sens edificatoare este concepția lui P. Janet cu privire la lipsa „tensiunii psihologice".

În momentul cînd s-au evidențiat leziunile organice encefalo-distrofiante prin agenți etiologici predominant exogeni, s-a emis teoria conform căreia psihopatiile se datoresc unor leziuni organice, deci ar avea un substrat lezional, organic, în timp ce nevrozele ar reprezenta maladii funcționale. Bechterev de exemplu, considera, așa cum s-a văzut, încă din 1885 că psihopatiile prezintă totdeauna devieri în structura cerebrală și de aceea nu acorda prea multă atenție factorilor educativi negativi în geneza psihopatiilor. Pe baza experienței clinice M. O. Gurevici considera că psihopatiile se deosebesc de nevroze prin aceea că la acestea din urmă nu se constată anomalii ale structurii psihice ca în cazul psihopatiilor iar terapeutica, repausul și schimbarea mediului duc la dispariția simptomatologiei nevrozelor. Tot Gurevici arată că limitele între normal și psihopatie sînt desigur convenționale. Diagnosticul de psihopatie se poate pune totuși într-o anumită etapă a dezvoltării psihopatiei, cînd se fixează particularitățile patologice ale individualității și cînd diferența calitativă între starea patologică și cea normală devine evidentă. În cazurile fruste autorul recomandă folosirea termenului de „trăsături psihopatice".

Există, așa cum am văzut, puncte de vedere care consideră atît psihopatiile cît și nevrozele ca psihogenii și atunci dificultățile de diagnostic devin deosebit de dificile, iar cîmpul speculațiilor de tot felul își însușesc un evantai foarte larg.

Problemele se complică cu atît mai mult cu cît se cunoaște că după un traumatism cranian se poate instala fie o neurastenie, fie un sindrom psihopatiform pe fondul unei aceleiași generice tulburări denumită cu termenul de encefalopatie post-traumatică. Cu atît mai dificile sînt promblemele atunci cînd o psihoză de natură predominant endogenă, unde terenul genetic sau constituțional este unanim recunoscut și admis, debutează la unii bolnavi cu un sindrom psihopatiform, iar la alții cu un sindrom neuroasteniform. Aceleași considerații se pot face pentru remisiunile cu defect sau stările reziduale la unii bolnavi sub formă de sindrom neuroasteniform iar la alții cu sindrom psihopatiform.

În toate aceste puncte de vedere se exprimă opinii extrem de contradictorii ceea ce face ca în problema delimitării nozologice a psihopatiilor să se acumuleze materiale şi probleme care uneori adîncesc şi mai mult confuzia.

Sursa acestor opinii şi dispute asupra problemelor psihopatiilor rezidă — după opinia lui O. V. Kerbikov — în următoarele :

1. Psihiatria cuprinde azi în sfera ei de preocupare medicală cazuri care în trecut nu aparţineau domeniului său, ci normalităţii, ceea ce face ca pe măsură ce înaintează spre domeniul normalului, criteriile clinice să piardă din precizia lor. Pe măsură ce clinica asimilează şi studiază aceste cazuri se elaborează şi noile criterii clinice. Acesta este şi cazul psihopatiilor.

2. „Lămurirea problemei psihopatiilor este împiedicată de însăşi natura fenomenelor cercetate — cunoaşterea omului în ansamblul raporturilor lui în mediul social. Aici punctul de vedere al cercetătorilor în majoritatea cazurilor se formează corespunzător cu apartenenţa lor la anumite curente ale psihiatriei actuale, iar ele la rîndul lor oglindesc lupta dintre diverse ideologii. Ne vom referi la faptul că ideia de contopire a concepţiei de psihopatie şi nevroză porneşte în primul rînd din tabăra freudienilor, iar negarea factorilor externi, în geneza psihopatiei — de la psihatrii orientaţi mai mult în direcţia concepţiei ontogenetice".

3. Autorul ia în considerare greutăţile pe care le întîmpină psihiatrul în clinică sau în practica medico-judiciară şi consideră că aceste greutăţi nu sînt atît de catastrofale cum ar reieşi din concluziile literaturii psihiatrice, deoarece aceste speculaţii, definiţii şi concluzii formulate în legătură cu psihopatiile ne îndepărtează de domeniul clinicii şi de realitatea cazurilor clinice. De aceea autorul propune să ocolim pentru început domeniul neînţelegerilor metodologice şi să ne ancorăm pe terenul faptelor clinice care ne va aduce argumente pentru o concepţie corespunzătoare asupra psihopatiilor, înlocuind astfel rigiditatea atît de inflexibilă a părerilor contrarii în curentele şi opiniile actuale despre psihopatii.

Pe baza experienţei clinice autorul ajunge la concluzia că pe măsură ce bolnavul este mai bine cunoscut, categoria „psihopatiilor pure" se micşorează, rămînînd în această categorie pacienţii a căror manifestări psihopatice se manifestau din prima copilărie şi se dezvoltau independent de influenţele vădite ale mediului exterior şi de factorii educativi. De aceea,

autorul conchide că *„formele centrale, nucleare" ale psihopatiilor amintite de K. Schneider și I. Schultz, sînt într-o proporție relativ restrînsă ca număr, majoritatea psihopatiilor aparținînd formelor marginale.* Menționăm că aceasta este și opinia noastră cu privire la psihopatiile „nucleare", constituționale.

Dar în urmă cu cîteva decenii tocmai aceste forme se aflau în zona limitrofă a preocupărilor psihiatrilor, astăzi în această zonă de preocupare limitrofă se află alte cazuri în care situația este desigur cu mult mai complexă prin vastitatea și reacția discomportamentală a acestei grupe.

În această zonă la imediata interferență cu normalitatea se află *psihopatiile „simptomatice" sau „organice"* pentru care Kerbikov spune că sînt apărute în urma unor afecțiuni de natură infecțioasă, toxică, traumatică, asupra cărora nu ne putem pronunța cu certitudine — spune autorul din punctul de vedere al determinismului lor etiologic. În legătură cu această formă cît și cu manifestările psihopatice prin care debutează bolile psihice, fie acestea endogene sau exogene, sau al căror defect îl reprezintă în perioadele de remisiune, păstrînd și promovînd o orientare nozologică și etiologică și în același timp legată de clinica medicală, propunem denumirea de *„sidroame psihopatiforme"* pentru a le deosebi de psihopatiile „nucleare" sau constituționale, specificînd fondul pe care se dezvoltă : infecțios, toxic, post-traumatic etc. Acest punct de vedere ni se pare rațional acum pînă la găsirea unei terminologii care să oglindească un consens unanim.

Un grup mai numeros îl constituie așa numitele *„dezvoltări psihopatoide"* (Kerbikov), *la care „...pe de o parte deformarea personalității pare a fi rezultatul condițiilor de mediu, a factorilor educativi, defavorabili, a traumatismelor psihogene și unde pe de altă parte — trăsăturile patologice ale personalității în majoritatea cazurilor nu prezintă o stabilitate mare — sînt reversibile. Aici diagnosticul diferențial cu nevrozele și modificările nepatologice ale caracterului este și necesar și extrem de dificil. Mai mult, aici se pune întrebarea dacă toate cazurile trebuiesc înglobate în categoria psihopatiilor.*

Grupul acesta al stărilor patologice în sensul problematic al cuvîntului este forma pur limitrofă" (O. V. Kerbikov).

Tocmai asupra acestui grup ni se pare că se impun cercetări aprofundate și aici ar intra anomaliile, devianțele, reacțiile etc., etc., cu toată gama lor variată de tulburări de conduită.

Unii autori au denumit aceste stări cu termenul de *„pseudopsihopatii"* (L. I. Spirak) și nu le-au considerat ca patologice (V. P. Osipov). Dar *pentru aceste stări noțiunile clinice nu sînt încă suficient de prelucrate în mod adecvat și ca urmare „...acești pacienți sînt în mod arbitrar înglobați în categoria persoanelor psihopate"* (Kerbikov).

Această categorie nu este pe de altă parte deloc omogenă și pentru ea nu este încă posibilitatea ca acum să fie subdivizată în alte categorii. Totuși O. V. Kerbicov arată că „aprecierea acestor cazuri din punct de vedere clinc depinde de sensul în care se soluționează problema... rolului predispoziției și rolului mediului în geneza psihopatiilor", iar după opinia noastră ele aparțin mai ales mediului și înstrăinării lor.

Kurt Schneider consideră însă că problema constituției poate fi discutată ca problemă de principiu, dar în examinarea cazurilor clinice concrete este îndoielnică posibilitatea de a obține un răspuns precis.

Kerbikov este de părere contrarie în sensul că această problemă trebuie privită de pe terenul realităților clinice, chiar dacă după criteriile clinice nu credem că se respectă prin aceasta decît doar în parte, problema constituției.

Trebuie să observăm că în grupa psihopatiilor coraportul dintre factorul constituțional și cel dobîndit diferă. Nu există criterii pentru a nega existența psihopatiilor aparținînd „formei centrale" în care componenta constituțională are rolul conducător. Deocamdată rămîne în suspensie problema așa-ziselor *psihopatii simptomatice sau organice* sub același acoperiș cu psihopatiile constituționale", observă pe bună dreptate Kerbikov.

În ceea ce privește rolul factorilor educativi, sociali în geneza personalităților dizarmonice, Kerbikov este de părere, pe baza experienței clinice că este posibilă formarea unor personalități psihopatice și sub influența acțiunilor defavorabile de mediu.

„Cu alte cuvinte — spune Kerbikov — unul și același deficit funcțional al activității nervoase superioare spre exemplu, deficiența inhibiției interne, instabilitatea sau dimpotrivă inerția stereotipurilor dinamice poate fi într-un caz o însușire înnăscută — iar în alt caz una dobîndită, fapt determinant de neexersarea proceselor sau sistemelor corespunzătoare din cauza lipsei de cerințe și impuneri din partea mediului".

După opinia noastră, problema devine cu atît mai dificilă cu cît de exemplu admiţînd existenţa constituţiei — pe care n-o cunoaştem pe cît de mult o discutăm — ne apare însă pe primul plan aspectul psihogenetic la examenul clinic care se întrepătrunde şi domină pe cel constituţional înnăscut prin aceeaşi lipsă de cerinţe şi impuneri din cauza mediului.

Pe de altă parte „concentrarea factorilor deformanţi încă nu constituie o probă doveditoare" deoarece există persoane care în aceleaşi condiţii de mediu vitrege nu devin totuşi psihopate. „În asemenea cazuri însă — după opinia lui Kerbikov — există o corelaţie strînsă între deformarea psihopatică a persoanei şi condiţiile mediului în care ea s-a dezvoltat. Se constată o corespondenţă calitativă între însuşirile persoanei date şi condiţiile în care a evoluat persoana" şi care corespondenţă „...reprezintă o bază de apreciere a mediului ca factor determinant în apariţia, formarea şi dezvoltarea personalităţilor patologice".

Problema care se pune este cum trebuiesc denumite aceste stări ? Cu termenul de *„psihopatie"* dacă le clasificăm se poate aduce obiecţia că se lărgesc limitele acestei grupări. A le considera în grupa nevrozelor ca afecţiuni psihogenetice se aduc iarăşi obiecţii. Dupré, Alexander, etc. le-au numit *„nevroze ale caracterului"* dar acest termen ascunde riscul funcţionalismului. V. N. Miasişcev le-a descris sub denumirea de *„nevroză a dezvoltării"*. Suhareva le include în cadrul *reacţiilor psihogenetice* caracterizîndu-le ca „modificări ale caracterului sub influenţa factorilor educativi deficienţi". Kerbikov propune denumirea acestor stări şi descrierea lor cu *„termenul de evoluţie psihopatică a personalităţii"*, şi pe care noi sîntem înclinaţi să le denumim cu termenul poate mai exact de *„caracteriopatii"*, *care la rîndul său este destul de larg şi lax noţional.*

„Anomaliile psihice în aceste cazuri — scrie Kerbikov — sînt de natură psihogenetică (în sensul vast al cuvîntului) ; apariţia lor se datorează influenţelor defavorabile de lungă durată asupra psihicului. În aceasta stă trăsătura lor comună cu nevrozele. Însă simptomatica lor şi de asemenea şi structura lor nu se aseamănă cu nevrozele, fiind caracteristice psihopatiilor ; noi avem în vedere caracterul global al tulburărilor lipsa trăirilor unui psihic de structură anormală ca aparţinînd unei alte persoane. *Aici* — spune Kebikov — *există o stare intermediară dintre nevroză şi psihopatie determinată*

de factorii psihogenetici" (subl. ns. M. S.). Este aproape exact ceea ce se descrie în literatura occidentală cu privire la dezvoltarea nevrotică. Lucrurile însă devin mai complicate atunci cînd pe fondul trăsăturilor dizarmonice psihopate se grefează o simptomatologie nevrotică. Aceste cazuri pe care — Kerbikov nu le discută sîntem de părere că pot fi etichetate ca *sindroame nevrotiforme pe fond psihopat.* O altă eventualitate este apariţia anomaliilor de caracter la un bolnav nevrotic cu alte cuvinte *psihopatizare a nevrozelor* după o îndelungă evoluţie. În asemenea situaţii dificultăţile clinice sînt enorme. Dar problema categorisirii unor asemenea cazuri de dezvoltări psihopatice incumbă din partea psihiatrului responsabilitate, cu atît mai mare dacă avem în vedere şi implicaţia socială negativă. „Considerarea acestor persoane drept normale, refuzul cerinţelor lor justificate în căutarea ajutorului din partea psihiatrului, nu au o bază logică ; aceste persoane sînt purtătoare de caracter şi trăsături psihice patologice, care cauzează suferinţe şi nemulţumiri atît celor din jur cît şi lor personal. Nu-i putem învinui de faptul că proprietăţile lor sînt dobîndite în cursul vieţii şi n-au fost moştenite pe cale constituţională, — scrie Kerbikov — şi mai departe adaugă : ţelul nostru nu-l vedem în a propune noi termeni ; în fond ne interesează esenţa faptelor clinice care se rezumă la aceea că la limita nevrozelor, psihopatiilor şi a deformărilor nepatologice, ale personalităţii, există formele de dezvoltare patologică a personalităţii".

Această zonă a psihiatriei limitrofe necesită studii amănunţite.

În rîndul acestor tulburări ale personalităţii în special pe linia componentei caracteriale, opinia lui Kerbikov este că trebuie să deosebim şi o *„formă preclinică de psihopatie"* care urmînd o anumită dinamică are şanse de a deveni o realitate clinică". Această formă preclinică Kerbikov, Tramer şi alţii, o denumesc cu termenul de *„prepsihopatie"* sau ceea ce în literatura occidentală este desemnat sub termenul de *„The attitudinal Pathoses"*. Aceste stări sînt însă sensibil asemănătoare în general.

N. N. Timofeev şi K. K. Platanov, arată că trebuie deosebită de psihopatie, *„didactogenia", reacţie neadecvată, stare,* iar *uneori dezvoltare* ce apare ca urmare a unor măsuri educative incorecte receptate în raport cu adultul, care duc la sentimentul de nepedepsire sau de insuficientă apreciere

Alcoolismul cronic poate decompensa personalitatea în sens psihopatic. Pentru delimitare, I. I. Lukomski propune următoarele trăsături generale ale modificărilor de personalitate în alcoolism :

a) labilitate afectivă, explozivitate, tendință spre oscilații spontane ale dispoziției ;

b) instabilitate voliționalã, cu slăbirea inhibițiilor și tendințe dezinhibate ;

c) modificări în sfera gîndirii cu apariția flecărelii și superficialității".

Despre aceste aspecte se va discuta în continuare în al doilea volum dedicat studiului personalității persologice din punctul de vedere al criteriilor clinice de diagnostic și a diverselor clasificări, așa cum au fost ele efectuate și descrise de cei mai de seamă reprezentanți care au ilustrat cu strălucire studiul (psihopatiei) personalităților patologice.

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 2815
Biblioteca Personală

CUPRINS

Cuvânt înainte 1

Conduită și personalitate 5

Problema tipologiei și limitele sale 16

Cu privire la conceptul de normalitate psihică . . . 30

Definirea personalității 41

Dezvoltarea conceptului de psihopatie 44

Epidemiologia psihopatiilor 85

Probleme etiologice ale psihopatiilor 103

Date asupra electroencefalogramelor în psihopatii . . 125

Factori psihosociali 134

Psihopatia, reacțiile și dezvoltările anormale . . . 177

Considerații generale cu privire la „Reacțiile și dezvoltările anormale“ 221

Psihopatie și nevroză 230

Limitele psihopatiei 274

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 2815
Biblioteca Personală

Tiparul executat sub cd. 5,
la S.C. „Dosoftei“ S.A. Iași,
Str. Sfîntu Lazăr nr. 49